

Desigualdades raciais na mortalidade por causas violentas no Brasil

Racial inequalities in mortality from violent causes in Brazil

Desigualdades raciales en la mortalidad por causas violentas en Brasil

Recebido: 15/06/2022 | Revisado: 29/06/2022 | Aceito: 30/06/2022 | Publicado: 20/07/2022

Hugo Dionardo Marques Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4109-2357>

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

E-mail: hgardonardo@gmail.com

Karla Vitória Miranda de Sá

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6435-1553>

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

E-mail: karla.miranda@discente.ufma.br

Camila Marcy Monte Machado Magalhães de Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7957-9742>

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

E-mail: marcymmmagalhaes@gmail.com

Luana Cristina Moreira de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0066-6481>

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

E-mail: luana.cmo@discente.ufma.br

Juliana Rossi Catao

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3980-9339>

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Brasil

E-mail: julianacat@ufcspa.edu.br

Andressa Fernanda Dos Santos Melo Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9777-4920>

Universidade Ceuma, Brasil

E-mail: andressasantos2012@yahoo.com.br

Rhamid Kalil Trabulsi

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8018-9389>

Universidade Ceuma, Brasil

E-mail: rhamid.kalil@hotmail.com

Dhyeslen Pereira Brito

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9261-2685>

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

E-mail: dhyeslen@hotmail.com

Larissa Pereira Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6733-9314>

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

E-mail: larissaferreira24@hotmail.com

Bruno Mileno Magalhães de Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6597-4357>

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

E-mail: bruno.mileno@ufma.br

Resumo

As mortes por causas externas ou violência ficaram em primeiro lugar desde o final da década de 1980, especialmente em grandes centros urbanos. A importância desse grupo de causas transformou-se em um dos mais sérios problemas de saúde pública na maioria dos países do mundo. A ocorrência desse tipo de mortes é correlacionada com disparidades sociais e econômicas entre regiões, países e populações, entre ricos e pobres e entre grupos sociais/étnicos. Essas desigualdades sociais têm sido evidenciadas por diversos autores. No Brasil, há limitada compreensão do papel da raça/cor da pele, urbanização e região metropolitana como determinantes de composição social da população e mortes prematuras. Orisco de morrer de negros por homicídio é duas vezes mais alto que para brancos. Entre negros brasileiros a mortalidade por essa causa ultrapassou os registros da Colômbia, país considerado um dos mais violentos do mundo devido à guerra civil e o narcotráfico.

Palavras-chave: Racismo; Mortalidade; Grupo de ascendência continental africana; Causas de morte.

Abstract

The deaths by external causes or violence were in first place since the end of 1980, specially in big urban centers. The

importance of this causes change in one of most serious public health problems in majority countries in the world. These kind of death were correlated to social and economic disparities among regions, countries and population, rich and poor and ethnic/social groups. These social inequalities were been showed by many authors. In Brazil, there are limited comprehension about race/skin color, urbanicity and metropolitan region like determinants for social population composition and premature deaths. The risk to die by homicide is twice higher for black people than for white ones. Among Brazilian black people this cause of death exceeded Colombian registers, considered one of the most violent countries in the world because civil war and drug trafficking.

Keywords: Racism; Mortality; African continental ancestry group; Deaths causes.

Resumen

Las muertes por causas externas o por violencia ocupan el primer lugar desde finales de la década de 1980, especialmente en los grandes centros urbanos. La importancia de este grupo de causas lo ha convertido en uno de los problemas de salud pública más graves en la mayoría de los países del mundo. La ocurrencia de este tipo de muertes está correlacionada con disparidades sociales y económicas entre regiones, países y poblaciones, entre ricos y pobres y entre grupos sociales/étnicos. Estas desigualdades sociales han sido destacadas por varios autores. En Brasil, existe una comprensión limitada del papel de la raza/color de piel, la urbanización y la región metropolitana como determinantes de la composición social de la población y de las muertes prematuras. El riesgo de morir por homicidio para los negros es el doble que para los blancos. Entre los negros brasileños, la mortalidad por esta causa superó los registros de Colombia, país considerado uno de los más violentos del mundo debido a la guerra civil y al narcotráfico.

Palabras clave: Racismo; Mortalidad; Grupo de descendencia continental africana; Causas de muerte.

1. Introdução

As mortes por causas externas ou violência ficaram em primeiro lugar desde o final da década de 1980, especialmente em grandes centros urbanos (Soares Filho, 2011; Araújo, 2010; Brasil, 2019; Silva et al., 2021). O estudo Carga Global de Doença estimou 4,8 milhões de mortes por essas causas em 2013 (Malta, et al, 2017). A importância desse grupo de causas transformou-se em um dos mais sérios problemas de saúde pública na maioria dos países do mundo (Araújo, 2010). As causas externas representaram um percentual maior de mortes no Brasil, em comparação com outros países nas Américas, Ásia, África e Europa em 2017 (Soares Filho et al., 2020). Esses óbitos, afetam principalmente homens negros, com idade entre 15 e 49 anos, período reprodutivo da vida e o de maior produtividade econômica (Soares Filho, 2011; Araújo, 2010; Brasil, 2015; Malta, et al., 2017).

A ocorrência desse tipo de mortes é correlacionada com disparidades sociais e econômicas entre regiões, países e populações, entre ricos e pobres e, entre grupos sociais/étnicos, essas desigualdades sociais têm sido evidenciadas por diversos autores (Araújo, 2010; Malta, et al., 2017). Desigualdades na vida e em situações de saúde tem sido continuamente analisadas em vários países, ajudando a identificar grupos sociais vulneráveis, suas condições de saúde, mortes prematuras e níveis de expectativa de vida da população, independente do seu estágio de desenvolvimento socioeconômico (Oliveira; Luiz, 2016). No Brasil, há limitada compreensão do papel da raça/cor da pele, urbanização e região metropolitana como determinantes de composição social da população e mortes prematuras (Oliveira & Luiz, 2016).

Em um período de vinte anos, de 1980 a 2000, ocorreram dois milhões de mortes por causas externas no Brasil, sendo 1,7 milhões em homens. Nesse contexto, as mortes causadas por acidentes de trânsito diminuíram (10,4%), enquanto os homicídios aumentaram (27,2%) no mesmo período (Araújo, 2010). Entre 2000 e 2010, mais de 1,4 milhão de pessoas morreram por essas causas, sendo 38% por homicídios, mantendo a taxa de aumento principalmente nos estados das regiões Nordeste e Norte do país, e 6,5% por suicídios (Malta, et al., 2017).

No que concerne ao aspecto racial, “*ser preto, jovem e homem significa ser o alvo preferencial da violência letal no Brasil*” segundo o Human Development Report Brazil 2005: “*Racism, poverty and violence*”, de autoria do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (Araújo, 2010). Esse estudo revelou que o risco de morrer de negros por homicídio

2. Fundamentação Teórica

Pode-se observar mudanças na declaração de raça/cor no Censo de 2010 realizado pelo IBGE. Foram contabilizados 191 milhões de brasileiros em 2010, dos quais, 91 milhões se autodeclararam brancos, representando 47,7% da população, 15 milhões como pretos, equivalente a 7,6% da população, e pardos, 82 milhões, representando 43,1% da população brasileira (IBGE, 2010; Lamarca & Vettore, 2012). Foram contabilizados também 2 milhões como amarelos e 817 mil indígenas, o que representa 1,0% e 0,4% da população respectivamente (IBGE, 2010; Lamarca & Vettore, 2012). Dessa forma, a população negra, representada por indivíduos da cor/raça preta e parda, tornou-se maioria no Brasil, equivalendo a 50,7% (Lamarca; Vettore, 2012; IPEA, 2014). Estes indivíduos compõem o grupo predominante de casos de violência notificados pelos serviços públicos de emergência no Brasil (Lamarca & Vettore, 2012).

A qualidade de vida dos cidadãos determina a forma de adoecer e morrer, somando-se a isso o fato de a forma fundamental da violência ser a estrutural (Batista, 2005). Em um estudo realizado por Araújo et al. (2009) em Salvador – BA, foi observado que as maiores perdas de anos potenciais de vida ocorreram entre indivíduos do sexo masculino e entre os que tinham raça/cor da pele parda e preta, por causas externas. Os autores deixaram claro que, mesmo a população negra sendo três vezes maior que a de brancos, o número de anos de vida perdidos pelos negros foi superior em mais de trinta vezes. Além disso, esse estudo demonstrou que 62% dos anos potenciais de vida perdido foram devidos ao homicídio, 18% aos acidentes de trânsito e 20% às demais causas externas (Araújo et al., 2009). Os autores alertaram que é necessário se debater essa diferença na mortalidade por violência segundo a raça/cor da pele, em uma sociedade que é intitulada como praticante da “democracia racial”, mas que os dados refutam essa assertiva.

As desigualdades raciais são estruturantes da desigualdade social brasileira, por isso, a apresentação de dados desagregados por cor da pele/raça tem se constituído em importante estratégia para desnaturalizar a coincidência que equivocadamente se apresenta entre desigualdades sociais e raciais, reduzindo a questão racial a um subproduto da desigualdade socioeconômica (IPEA, 2014).

3. Materiais e Métodos

Tipo de estudo

Trata-se de estudo ecológico baseado nos dados secundários de mortalidade por violência intencional como causa básica de óbito. Estudos ecológicos são úteis para gerar hipóteses, estudar grupos de pessoas ao invés de indivíduos, além de se poder comparar populações em diferentes lugares ao mesmo tempo ou, em uma série temporal, onde se compara a mesma população em diferentes momentos (Bonitta; Beaglehole; Kjellstom, 2010). Foram utilizados dados referentes às mortes por violência intencional elencados no Capítulo XX da 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10): X85 a Y09 (agressões). Os dados foram obtidos por meio do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus).

O SIM é uma importante ferramenta de vigilância epidemiológica nacional, disponibilizando informações acerca da mortalidade em todas as instâncias do sistema de saúde (Brasil, 2002; Marchi et al., 2013). Mesmo com a possibilidade de subnotificações, de cobertura incompleta, de preenchimento inadequado da Declaração de Óbito (DO) e de perdas na transmissão dos dados, o SIM continua sendo útil para análise da situação de saúde da população (Brasil, 2015).

Foram analisados os óbitos ocorridos no Brasil entre 2000 e 2017, segundo o ano de ocorrência. A análise foi realizada até o ano de 2017, pois este é o último ano em que os dados de óbito estão atualizados no DATASUS. Analisou-se as variáveis relacionadas a sexo, idade, escolaridade, estado civil e raça.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu em março de 2021. Os dados foram coletados no SIM (DATASUS) utilizando a classificação CID 10 de X85 a Y09 que se referem a agressões. Não participaram deste estudo as causas não determinadas e/ou autoprovocadas. As variáveis do estudo selecionadas foram sexo, escolaridade, cor/raça, estado civil, faixa etária, região.

Análise dos dados

Foram estimadas as frequências absolutas e relativas para os óbitos segundo um conjunto de variáveis socioeconômicas e demográficas: sexo, cor/raça, faixa etária em anos, escolaridade em anos, estado civil, local de ocorrência e a região de ocorrência do óbito.

Os dados foram explorados e tabulados em planilhas do *software* Microsoft Office Excel (versão 15.0) e, posteriormente exportados ao *software* estatístico Stata 14.0, para análise estatística. Na análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva para determinação da frequência absoluta dos resultados encontrados e análise de correlação de Pearson, considerando-se como significância estatística p-valor <0,05. Os casos com informação ignorada não foram incluídos na descrição e análise dos dados.

Aspectos éticos e legais

A pesquisa foi elaborada com agregados de dados secundários disponíveis *on-line*, os quais não contém informações sigilosas que permitam a identificação dos sujeitos. Assim, a esta pesquisa foi dispensada a necessidade de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa. O estudo foi realizado em conformidade com a Resolução n° 466 de 12/12/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

4. Resultados

No Brasil, entre 2000 e 2017 ocorreram 948.701 óbitos por agressão, sendo 68,2% em negros (n=608.354). A maioria ocorreu em homens (91,9%), adultos entre 20 a 39 anos (60,1%), com baixa escolaridade (75,5% entre 0 a 7 anos de estudo), solteiros (78,2%), predominaram óbitos em vias públicas (44,4%) (Tabela 1). Há associação estatisticamente significativa entre a raça/cor, o sexo, a faixa etária, a escolaridade, o estado civil e o local de ocorrência do óbito ($p=0.000$) (Tabela 1).

Quanto aos óbitos por agressão analisados de acordo com a raça e faixa etária, no período de 2000 a 2017 no Brasil, observou-se que entre os pardos a maior prevalência de óbitos foi na faixa etária de 20 a 39 anos (n= 328.925), seguida das faixas etárias de 15 a 19 anos (n= 92.211). Entre os pretos, a maior prevalência também foi na faixa etária entre 20 a 39 anos (n= 48.085). Entre os brancos, a maior prevalência foi na faixa etária de 20 a 39 anos (n= 160.866), seguida da faixa de 40 a 59 anos (n= 58.185) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição absoluta e relativa (%) dos óbitos por agressão (CID-10 X85 a Y09) segundo características socioeconômicas e raça/cor no Brasil, 2000 a 2017.

Variáveis	Pretos		Pardos		Branco		Outros		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sexo^{1,3}										
Masculino	71.403	8,71	493.773	60,23	250.946	30,61	3.633	0,44	870.876	91,91
Feminino	5.304	7,34	37.684	52,12	28.664	39,65	648	0,90	76.658	8,09
Faixa Etária (anos)¹										
0 – 14	984	6,60	9.125	61,19	4.541	30,45	263	1,76	15.963	1,68
15 – 19	12.595	8,88	92.211	65,04	36.419	25,69	554	0,39	150.584	15,87
20 – 39	48.085	8,91	328.925	60,92	160.866	29,79	2.042	0,38	570.587	60,14
40 – 59	11.012	7,41	78.658	52,92	58.185	39,15	778	0,53	156.668	16,51
≥ 60	4.065	8,63	22.694	48,19	19.657	41,74	674	1,43	54.899	5,79
Escolaridade (anos)^{1,4}										
Nenhuma	3.775	10,99	23.282	67,77	6.780	19,74	515	1,50	35.910	5,59
0 a 3	14.822	9,78	96.353	63,58	39.750	26,23	631	0,42	158.630	24,67
4 a 7	25.485	9,05	170.162	60,42	85.091	30,21	885	0,31	291.134	45,28
8 a 11	9.513	7,20	70.870	53,64	51.269	38,81	458	0,35	135.072	21,01
≥ 12	956	4,40	8.208	37,80	12.392	57,07	158	0,73	22.183	3,45
Estado Civil^{1,5}										
Solteiro	57.718	9,12	392.260	61,99	180.667	28,55	2.185	0,35	662.361	78,20
Casado	7.051	5,99	58.244	49,44	51.701	43,89	801	0,68	123.549	14,59
Viúvo	615	6,83	3.785	42,03	4.512	50,10	94	1,04	9.412	1,11
Separado	1.091	4,89	8.693	38,93	12.467	55,83	79	0,35	23.139	2,73
União estável	2.159	7,68	17.612	62,67	8.120	28,89	211	0,75	28.584	3,37
Local de Ocorrência^{1,6}										
Hospital	21.649	8,77	139.772	56,65	84.308	34,17	993	0,40	259.296	27,68
OES	1.710	9,91	8.747	50,72	6.699	38,84	91	0,53	17.651	1,88
Domicílio	7.758	7,63	54.676	53,78	38.252	37,62	986	0,97	106.796	11,40
Via pública	33.703	8,69	246.054	63,43	107.046	27,59	1.130	0,29	415.859	44,39
Outros	11.131	8,63	76.200	59,08	40.618	31,49	1.033	0,80	137.176	14,64
Total	76.741	8,60	531.613	59,58	279.668	31,34	4.311	0,48	948.701	100

Notas:

¹p-valor=0,000;

²56.368 dados ignorados;

³1.167 dados ignorados;

⁴305.772 dados ignorados;

⁵101.656 dados ignorados;

⁶11.923 dados ignorados;

OES – Outro estabelecimento de saúde.

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2021).

A taxa de mortalidade aumentou entre 2000 (26,15/100.000 hab./ n= 45.360) e 2003 (28,26/100.000 hab.); apresentou período de estabilidade entre 2004 (26,44/100.000 hab.) e 2011 (26,44/100.000 hab.) e voltou a aumentar em 2012 (28,27/100.000 hab.), alcançando 30,69/100.000 hab. em 2017 (Tabela 2).

Tabela 2 – Taxa de mortalidade de óbitos por agressões (CID-10 X85 a Y09) no Brasil por ano de 2000 a 2017 (óbitos/100 mil habitantes).

Ano do Óbito	Óbitos por agressão (X)	População estimada (Y)	Taxa de mortalidade por agressão (óbitos/100 mil hab)
2000	45.360	173.448.346	26,15
2001	47.943	175.885.229	27,25
2002	49.695	178.276.128	27,87
2003	51.043	180.619.108	28,26
2004	48.374	182.911.487	26,44
2005	47.578	185.150.806	25,69
2006	49.145	187.335.137	26,23
2007	47.707	189.462.755	25,18
2008	50.113	191.532.439	26,16
2009	51.434	193.543.969	26,57
2010	52.260	195.497.797	26,73
2011	52.198	197.397.018	26,44
2012	56.337	199.242.462	28,27
2013	56.804	201.032.714	28,25
2014	59.681	202.768.562	29,43
2015	58.138	204.450.649	28,43
2016	61.143	206.081.432	29,66
2017	63.748	207.660.929	30,69

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2021).

Dentre os óbitos avaliados segundo as 26 categorias do CID-10 consideradas no estudo entre 2000 a 2017 no Brasil, a maioria (65,7%) ocorreu por disparo de arma de fogo não especificada (X95), entre esses, 61,9% ocorreram em pessoas de raça/cor parda. A segunda causa mais frequente (14,92%) de óbito foi por agressão com objeto cortante ou penetrante (X99). Os óbitos na raça/cor branca foram mais frequentes que pardos apenas em duas categorias do CID-10 consideradas, sendo elas a negligência e abandono (Y06) e a projeção de um lugar elevado (Y01) (Tabela 3).

Tabela 3 - Óbitos por local de residência, por causas externas - agressões - no Brasil no período de 2000 a 2017 por cor/raça (Grande grupo CID10: X85-Y09).

Categoria CID-10	Preta		Parda		Branca		Outros		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
X85 Agressão meio drogas médicas e subst. biológicas	11	7,0	7 7	48,7	69	43,7	1	0,6	170	0,02
X86 Agressão p/meio de subst. corrosivas	2	11,1	1 0	55,6	6	33,3	0	0,0	22	0,00
X87 Agressão p/pesticidas	3	4,5	4 8	72,7	15	22,7	0	0,0	66	0,01
X88 Agressão p/meio de gases e vapores	3	10,0	1 7	56,7	10	33,3	0	0,0	30	0,00
X89 Agressão outro prod. quím. subst. nocivas espec.	8	5,9	9 0	66,2	36	26,5	2	1,5	147	0,02
X90 Agressão prod. químicos e subst. nocivas NE	21	11,2	112	59,9	54	28,9	0	0,0	200	0,02
X91 Agressão por enforcamento, estrangulamento e sufocação	948	7,9	5879	49,0	5038	42,0	126	1,1	12776	1,35
X92 Agressão p/meio de afogamento e submersão	85	8,3	543	53,1	375	36,7	20	2,0	1091	0,11
X93 Agressão disparo de arma de fogo de mão	4153	8,3	24616	48,9	21369	42,5	173	0,3	51890	5,47
X94 Agressão disparo arma fogo de maior calibre	381	8,1	2873	61,3	1387	29,6	44	0,9	4869	0,51
X95 Agressão disparo por outra arma de fogo ou NE	49955	8,6	358115	61,9	169162	29,2	1683	0,3	617288	65,07
X96 Agressão p/meio de material explosivo	11	9,2	7 3	60,8	35	29,2	1	0,8	127	0,01
X97 Agressão p/meio de fumaça fogo e chamas	302	9,8	1531	49,7	1208	39,2	42	1,4	3857	0,41
X98 Agressão vapor água gases ⁶ ou objetos quentes		4,9	7 6	62,3	35	28,7	5	4,1	127	0,01
X99 Agressão objeto cortante ou penetrante	10690	8,0	81731	61,3	39846	29,9	1134	0,9	141568	14,92
Y00 Agressão p/meio de um objeto contundente	3390	7,9	24164	56,4	15058	35,1	266	0,6	45271	4,77
Y01 Agressão p/meio projeção de um lugar elevado	27	10,0	114	42,1	127	46,9	3	1,1	286	0,03
Y02 Agressão por projeção da vítima de objeto em movimento	13	6,5	113	56,8	72	36,2	1	0,5	208	0,02
Y03 Agressão por meio de impacto de veículo a motor	87	6,3	668	48,3	621	44,9	6	0,4	1432	0,15
Y04 Agressão p/meio de força corporal	696	7,2	5102	52,5	3818	39,3	108	1,1	10311	1,09

Y05	Agressão sexual p/meio de força física	21	6,6	162	50,9	130	40,9	5	1,6	341	0,04
Y06	Negligência e abandono	9	3,9	93	40,6	113	49,3	14	6,1	254	0,03
Y07	Outras síndromes de maus tratos	176	7,7	1377	59,9	698	30,4	48	2,1	2503	0,26
Y08	Agressão p/outros meios específicos	344	9,6	2224	62,3	943	26,4	57	1,6	3860	0,41
Y09	Agressão p/meios NE	5399	11,4	21805	46,2	19443	41,2	572	1,2	50007	5,27
Total		76741	8,6	531613	59,6	279668	31,3	4311	0,5	948701	100

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2021).

Em geral, as estimativas foram maiores para pardos do sexo masculino, exceto na região Sul do país (Sudeste= 46,75%, Nordeste= 84,09%, Sul= 13,94%, Centro Oeste= 68,42%, Norte= 83,61%) do que para brancos (Sudeste= 40,56%, Nordeste= 8,79%, Sul= 79,13%, Centro-Oeste= 24,13%, Norte= 10,44%) (Tabela 4).

As frequências de óbitos foram maiores nas regiões Sudeste (334.778 óbitos) e Nordeste (277.994 óbitos) e menores nas regiões Norte (86.935 óbitos) e Centro-Oeste (77.729 óbitos) (Tabela 4). O mesmo padrão ocorreu entre os sexos. Quanto à raça/cor, entre pretos o comportamento manteve-se, porém modificou-se para os outros grupos: entre pardos, a menor frequência foi observada na região Sul e entre brancos as maiores frequências foram observadas no Sudeste e Sul (Tabela 4).

Ao se analisar os óbitos por raça/cor em cada região do Brasil de acordo com o sexo, no período anteriormente citado, observou-se que na região Norte houve predomínio de óbitos empardos, tanto do sexo masculino (83,61%), quanto do sexo feminino (76,36%). Na região Nordeste observou-se maior prevalência de óbitos entre pardos do sexo masculino (84,09%) e feminino (79,42%). Na região Sudeste, houve predomínio de óbitos entre pardos do sexo masculino (46,75%), porém, no sexo feminino a maior prevalência foi entre brancos (48,92%). Na região Sul, tanto no sexo masculino (79,13%) quanto no feminino (82,75%), houve maior prevalência de óbitos na raça branca. Na região Centro-Oeste a maior prevalência foi observada em pardos do sexo masculino (68,42%) e feminino (60,59%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição absoluta e relativa dos óbitos por agressão (CID-10: X85-Y09) segundo região, sexo, faixa etária e raça/cor no Brasil entre 2000 e 2017. (2021)

Região	Variáveis	Pretos		Pardos		Branços		Outros		Total	
		N	%	n	%	n	%	n	%		
Norte	Sexo ¹	Masculino	3.913	4,87	67.169	83,61	8.389	10,44	864	1,08	80.335
		Feminino	286	4,33	5.040	76,36	1.029	15,59	245	3,71	6.600
	Faixa etária ¹	0 a 14	53	3,13	1.259	74,41	213	12,59	167	9,87	1.692
		15 a 19	541	4,09	11.474	86,79	1.086	8,21	119	0,90	13.220
		20 a 39	2.506	4,72	44.893	84,64	5.211	9,82	431	0,81	53.041
		40 a 59	822	5,69	11.261	77,93	2.216	15,33	152	1,05	14.451
		> 60	279	6,11	3.345	73,24	695	15,22	248	5,43	248
Nordeste	Sexo ¹	Masculino	17.712	6,84	217.771	84,09	22.761	8,79	718	0,28	258.962
		Feminino	1.145	6,02	15.116	79,42	2.700	14,19	71	0,37	19.032
	Faixa etária ¹	0 a 14	230	4,91	3.930	83,83	512	10,92	16	0,34	4.688
		15 a 19	3.014	6,44	40.231	86,01	3.394	7,26	134	0,29	46.773
		20 a 39	12.260	7,08	145.578	84,09	14.804	8,55	482	0,28	173.124
		40 a 59	2.641	6,27	34.517	81,97	4.830	11,47	120	0,28	42.108
		> 60	716	6,30	8.676	76,39	1.926	16,96	40	0,35	11.358
Centro-Oeste	Sexo ¹	Masculino	4.557	6,46	48.292	68,42	17.035	24,13	700	0,99	70.584
		Feminino	417	5,84	4.329	60,59	2.239	31,34	160	2,24	7.145
	Faixa etária ¹	0 a 14	51	3,73	923	67,47	344	25,15	50	3,65	1.368
		15 a 19	658	5,55	8.658	73,04	2.400	20,25	138	1,16	11.854
		20 a 39	3.069	6,68	31.771	69,20	10.665	23,23	406	0,88	45.911
		40 a 59	866	6,20	8.626	61,75	4.306	30,82	172	1,23	13.970
		> 60	336	7,22	2.658	57,10	1.563	33,58	98	2,11	4.655
Sudeste	Sexo ¹	Masculino	38.912	12,35	147.347	46,75	127.842	40,56	1.094	0,35	315.195
		Feminino	2.968	10,03	12.017	40,62	14.471	48,92	127	0,43	29.583
	Faixa etária ¹	0 a 14	539	10,02	2.771	51,52	2.047	38,06	21	0,39	5.378
		15 a 19	7.221	13,25	29.098	53,40	18.039	33,11	132	0,24	54.490
		20 a 39	25.921	12,56	97.854	47,40	82.100	39,77	571	0,28	206.446
		40 a 59	5.726	8,97	22.242	38,35	29.757	51,31	269	0,46	57.994
		> 60	2.495	12,11	7.467	36,24	10.401	50,49	239	1,16	20.602
Sul	Sexo ¹	Masculino	6.309	6,66	13.194	13,94	74.919	79,13	257	0,27	94.679
		Feminino	488	4,91	1.182	11,89	8.225	82,75	45	0,45	9.940
	Faixa Etária ¹	0 a 14	111	6,21	242	13,54	1.425	79,74	9	0,50	1.787
		15 a 19	1.161	7,52	2.750	17,81	11.500	74,47	31	0,20	15.442
		20 a 39	4.329	7,05	8.829	14,38	48.086	78,32	152	0,25	61.396
		40 a 59	957	4,76	2.012	10,00	17.076	84,91	65	0,32	20.110
> 60	239	4,05	548	9,28	5.072	85,85	49	0,83	5.908		

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2021)Nota: ¹p-valor=0.001.

5. Discussão

A literatura corrobora com o perfil de vítimas descrito neste estudo e afirma que a maior prevalência de homicídios ocorreu em negros, adultos jovens e de baixa escolaridade, em sua maioria moradores de áreas periféricas (Veloso et al., 2020). Como citado, aspectos como escolaridade e principalmente raça/cor figuram como determinantes sociais que carecem de reflexões, sobretudo pelo grau de naturalização a que chegou o óbito de indivíduos com essas características

(Veloso et al., 2020). A renda e a escolaridade se combinam para determinar maior mortalidade por homicídio entre a população mais pobre em uma capital brasileira (Mata & Costa, 2020). Uma revisão integrativa encontrou, no período de 2000 a 2005, maior prevalência dos homicídios na população masculina e jovem, principalmente em centros urbanos com acentuadas desigualdades sociais (Oliveira; Luna; Silva, 2020). No Brasil, no período de 2006 a 2016, o padrão de homicídios não sofreu grandes modificações, alcançando a 10ª posição em um ranking de 100 países em 2014, fato que corrobora com os dados encontrados nesta pesquisa (Oliveira et al., 2020).

A literatura pesquisada reforça que a população negra é afetada principalmente por ser vítima constante do racismo, dentre eles o estrutural. O processo histórico de marginalização social dos negros no Brasil foi gerado pelos brancos europeus por meio de um processo de insinuação ideológica perversa, haja visto que havia uma representação social de que os negros possuíam déficits civilizatórios (Nunes, et al., 2021). Diante do que foi encontrado nesta pesquisa, tal assertiva parece ainda prevalecer no contexto brasileiro.

Além disso, vários estados das regiões Norte e Nordeste têm se confrontado com forte crescimento nos índices de homicídio influenciados pela guerra entre facções criminosas pelo domínio de mercados de tráfico de drogas (Brasil, 2019). Essas batalhas são travadas principalmente entre jovens e ocorrem, em grande maioria, nos bairros da periferia nessas regiões (Brasil, 2019).

Em relação aos homicídios de mulheres, a maioria ocorreu em pardas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, enquanto nas regiões Sul e Sudeste foram mais prevalentes em brancas. Porém, a população branca do Sudeste e do Sul eram maiores que a população negra (pretos e pardos), segundo dados do IBGE (2010) a população feminina branca da região Sul era quatro vezes maior que a população feminina negra. Em estudo de Oliveira (2020), foi verificado que na maioria dos artigos a violência física e sexual estava associada ao crime violento letal contra as mulheres. Apesar de o quantitativo de mulheres assassinadas ser menor que o de homens, ela possui características peculiares, sendo em sua maioria perpetradas por parceiros, ex-parceiros, familiares e conhecidos. Muitas vezes múltiplas violências ocorrem e/ou se sobrepõe até culminar no feminicídio (Soares Filho et al., 2020). Oliveira et al., (2020) revelaram que a desigualdade de gênero e o racismo configuram como variável fundamental para compreendermos a violência letal contra as mulheres no Brasil, corroborando com os achados desta pesquisa, onde grande parte dos crimes foram perpetrados no domicílio. Em 2018, 68% das mulheres assassinadas no Brasil eram negras e, enquanto a taxa de mortalidade de mulheres não negras caiu 11,7%, a taxa entre mulheres negras aumentou 12,4% no decênio 2008 a 2018 (Brasil, 2020). No período de 2013 a 2018, a taxa de homicídios de mulheres na residência aumentou 8,3%, ao mesmo tempo que fora de casa diminuiu 11,5%, o que é um indicativo do crescimento do feminicídio (Brasil, 2020).

O homicídio doloso é considerado um fenômeno global, que apresenta tendência crescente em países da América Latina, principalmente no Brasil (Veloso et al., 2020). Durante a realização deste trabalho, observou-se que no período de 2000 a 2017 houve aumento da mortalidade por homicídios no Brasil. Houve períodos de queda dessa taxa, sendo o mais acentuado no intervalo de 2003 a 2005, com uma redução na taxa de 28,26 para 25,69 óbitos por homicídio por 100 mil habitantes. Porém, a taxa voltou a subir e, em 2017, estava em 30,69 por 100.000 habitantes.

Esse fato reforça que o risco de mortalidade por homicídios se expandiu com alcance ao interior do Brasil, posicionando-o no grupo de maiores taxas de mortalidade em 2015, dentre outras regiões da América Latina e Caribe (Soares Filho; Merchan-Hamann; Vasconcelos, 2020). Mesmo com o conhecimento de que os homicídios resultem de combinações multifatoriais, evidencia-se a concentração em uma população em precárias condições socioeconômicas, vulnerável ao aumento do desemprego e do trabalho informal e exposta à influência do crime organizado, representado pelo tráfico de drogas e pelo comércio ilegal de armas de fogo (Veloso et al., 2020). Além disso, a expansão dos homicídios para locais distantes de áreas metropolitanas, principalmente no Norte e Nordeste do Brasil, coincide com intensa e desordenada

urbanização de suas capitais, acentuação das desigualdades sociais e intensificação de confrontos pela posse de terras indígenas e quilombolas (Soares Filho et al., 2020).

Ao se avaliar os óbitos segundo as categorias de CID 10, a maior prevalência foi entre pardos, exceto os CID Y01 (Agressão por meio de projeção de um lugar elevado) e Y06 (Negligência e abandono). A maioria dos óbitos (65,7%) foram causados por disparo de arma de fogo não especificado (X95), sendo que dados semelhantes foram relatados em estudos de países como Colômbia e África do Sul (Nogueira; Xavier-Gomes; Barbosa, 2020). O uso de arma de fogo tem sido o meio mais utilizado para o homicídio, o que pode indicar a intenção de letalidade da agressão (Nogueira; Xavier-Gomes; Barbosa, 2020).

Há evidência de que a cada 1% a mais de armas de fogo em circulação, há um aumento de 2% na taxa de homicídios (Brasil, 2019). Esse dado, por si só, já causa grande preocupação, tendo em vista a falta de controle pelas autoridades da quantidade de armas em circulação. Na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) das Armas, realizada pela Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, foi demonstrado com dados robustos que 86% das armas ilegais apreendidas em algum momento já foram legais e posteriormente desviadas para o crime (Brasil, 2019). Além disso, o Estatuto do Desarmamento (Lei nº 10.826 de 22 de dezembro de 2003) foi um mecanismo que conseguiu surtir efeito direto nos homicídios por arma de fogo. Se não fosse por ele, a taxa de homicídio teria aumentado 12% acima da verificada entre 2004 e 2007 (Brasil, 2019). Dessa forma, alterações no Estatuto do Desarmamento que flexibilizem a aquisição e porte de armas de fogo podem ter um efeito danoso para a sociedade, principalmente com o aumento de homicídios perpetrados por esse meio.

A sociedade brasileira é considerada uma das mais violentas do mundo, tanto pela elevada taxa de homicídios, quanto pelo elevado índice de impunidade de homicídios (Nery & Nandanovsky, 2020). A impunidade e a desigualdade de renda foram consideradas fatores associados a altas taxas de homicídios, sendo o Nordeste a região com o pior cenário referente ao índice de impunidade de homicídios e, enquanto todos os estados apresentaram índices muito altos, destacaram-se com os maiores índices no período de 2006 a 2014: Rio de Janeiro, Bahia, Maranhão, Alagoas, Amapá e Rio Grande do Norte (Nery; Nandanovsky, 2020). Este fato corrobora com os dados encontrados nesta pesquisa. Os níveis de impunidade de crimes violentos graves no Brasil, entre eles os homicídios, não são compatíveis com os de uma sociedade moderna, democrática e de um Estado de direito, como os encontrados em países desenvolvidos (Nery; Nandanovsky, 2020).

Existe a necessidade de minimizar a impunidade do homicídio e do crime violento grave no Brasil, além de medidas para fortalecer o Estatuto do Desarmamento, para reduzir a venda e circulação de armas de fogo. Dessa forma, ao se incapacitar os agressores e inibir novas agressões, poder-se-á criar um ambiente com mais justiça e paz e reduzir a sobrecarga do Sistema Único de Saúde (Nery & Nandanovsky, 2020).

6. Conclusão

Durante a realização deste trabalho observou-se que no período de 2000 a 2017 houve aumento da mortalidade por homicídios no Brasil. A maioria dos óbitos foram causados por disparo de arma de fogo. A maioria dos óbitos ocorreu em negros, no sexo masculino, adultos de 20 a 39 anos, com baixa escolaridade, a maioria ocorreu em via pública, principalmente no Sudeste e Nordeste. Em relação aos homicídios de mulheres a maioria ocorreu em pardas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, enquanto nas regiões Sul e Sudeste foram mais prevalentes em brancas.

A bibliografia da pesquisa sugere condições de iniquidade social, o que poderia gerar piores condições de vida para a população negra, afetando negativamente as condições de saúde e o acesso aos serviços de saúde. Os resultados desta pesquisa podem contribuir para a saúde pública, podendo gerar informações para programas específicos para esta

população, bem como para a educação em saúde, visando melhor qualidade de vida e diminuição de casos de óbitos entre a população descrita. A partir desse estudo, espera-se, portanto, que novas pesquisas sejam realizadas a fim de investigar de modo minucioso os diversos aspectos que envolvem esse tema.

Referências

- Alves, W. A.; et al. Violência letal em Maceió-AL: estudo descritivo sobre homicídios, 2007-2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 23, n. 4, p. 731-740, dez. 2014.
- Araújo, E. M. et al. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 405 – 12. 2009.
- Araújo, E. M. et al. Spatial distribution of mortality by homicide and social inequalities according to race/skin color. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v. 13, n. 4, p. 549 – 60. 2010.
- Batista, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 71 – 80. São Paulo, 2005.
- Bonita, R.; Beaglehole, R.; Kjellström, T. *Epidemiologia básica*. [Tradução e revisão científica Juraci A. Cesar]. 2 ed. Santos: Livraria Santos Editora, 2010.
- BRASIL. Situação da população negra por estado. IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. 115 p. Brasília: IPEA, 2014.
- BRASIL. 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*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Atlas da violência 2019. / Organizadores: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>>.
- BRASIL. Atlas da Violência 2020. Relatório Institucional, 27 Ago 2020. <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/200826_ri_atlas_da_violencia.pdf>.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Fundação Nacional de Saúde. 5. ed. Brasília: FUNASA, 2002. http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia_vig_epi_vol_1.pdf.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estruturateritorial/15761areasdosmunicipios.html?t=o-que-e&c=3154002>.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese dos Indicadores de 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estruturateritorial/15761areasdosmunicipios.html?t=o-que-e&c=3154002>.
- Lamarca G.; Vettore M. A nova composição racial brasileira segundo o Censo 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 2012 Jan 21. <http://cmdss2011.org/site/?p=8005&preview=true>.
- Malta, D. C., et al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev. Bras. Epidemiol.* v. 20, n. 1, p. 142-156. Maio 2017.
- Marchi, J. A., et al. Câncer infante juvenil: perfil de óbitos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 14, n. 5, p. 911-919. Brasil, 2013.
- Mata, M. S.; Costa, I. C. C. Composição do Índice de Iniquidade em Saúde a partir das desigualdades na mortalidade e nas condições socioeconômicas em uma capital brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 25, n. 5, 08 de maio de 2020, pp. 1629-1640. <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33312019>>. ISSN 1678-4561.
- NERY, F. S.; NADANOYSKY, P. Homicide impunity in Brazil between 2006 and 2016. *Revista de Saúde Pública* [online]. v. 54. 2020 [Acessado 26 abril 2021], 144. <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002284>>. ISSN 1518-8787.
- Nogueira, V. D.; XavieR-Gomes, L. M.; Barbosa, T. L. A. Mortalidade por homicídios em linha de fronteira no Paraná, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 8, p. 3107–3118, Ago 2020. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000803107&tlng=pt>.
- Nunes, A. A. C., et al. O centro de cultura negra do Maranhão no contexto das ações afirmativas. *Brazilian Journal of Development*. v. 7, n. 4, p. 33813 – 33823, apr 2021.
- Oliveira, B. L. C. A.; Luiz, R. R. Mortality by skin color/ race and urbanicity of Brazilian cities. *Ethnicity and Health*. v. 2, n. 1, p. 11 -13. United Kingdom: 2016.
- Oliveira, A. L. S.; Luna, C. F.; Silva, M. G. P. Homicídios do Brasil na última década: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 5, p. 1925–1934, maio 2020. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501925&tlng=pt>.
- Silva, Paula Correia da; Camacho, Luiz Antonio Bastos; Carmo, Cleber Nascimento do. Impacto do efeito calendário na morbimortalidade por causas externas em municípios turísticos no Estado de São Paulo, Brasil, no período de 2004 a 2014. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 37, n. 1, 2021. <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00174019>>. ISSN 1678-4464.

Soares Filho, A. M. Vitimização por homicídios segundo características de raça no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. v. 45, n. 4. São Paulo. Agosto 2011.

Soares Filho, A. M.; Bermudez, X.P.; Merchan-hamann, E. Frequência e fatores associados ao registro inespecífico de óbitos por causas externas no Brasil: estudo transversal, 2017. *Epidemiol Serv Saúde* [preprint]. 2020: [12 p.].<https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000200020>.

Soares Filho, A. M.; Merchan-HAMANN, E.; Vasconcelos, C. H. Expansão, deslocamento e interiorização do homicídio no Brasil, entre 2000 e 2015: uma análise espacial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 8, p. 3097–3105.;<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000803097&tIng=pt>.

Souza, Neusa Santos. Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983. Coleção Tendências; V. 4

Veloso, A. O. N. et al. Contexto socioespacial de vítimas de homicídio doloso em uma capital do nordeste brasileiro. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 28, n. 2, p. 180–188, Jun 2020.<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2020000200180&tIng=pt>.