

Anos potenciais de vida perdidos por mulheres vítimas de homicídio na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil

Years of potential life lost by female homicide victims in Recife, Pernambuco State, Brazil

Leonildo Severino da Silva ¹
 Maria Lúcia Neto de Menezes ²
 Cyntia Lins de Almeida Lopes ²
 Maria Suely Medeiros Corrêa ²

Abstract

This cross-sectional epidemiological study aimed to calculate the potential years of life lost by female homicide victims in Recife, Pernambuco State, Brazil, in 2003-2007. A database was used from the Operational Division for Information on Births and Deaths under the Recife Municipal Health Department. All death certificates for childbearing-age women were reviewed for the five-year period. The results showed a total of 12,120 potential years of life lost by these women, mostly young, black (88%), with unknown levels of schooling (78.2%), single (80%), in District III of the city, and murdered with firearms in their own homes. The specific mortality rate was 10.8 homicides per 100,000 childbearing-age women. The 43.3 years of life lost per woman express the city's characteristics, poverty levels, unemployment, population density, residential instability, and social inequality, exposing residents to social strife, crime, and violence.

Potential Years of Life Lost; Homicide; Women

Introdução

A violência tem sido um dos fenômenos contemporâneos que, além da inquietude social que provoca, causa um contingente substancial de vítimas todos os anos. Considerada como um problema de saúde pública, a violência contra a mulher existe em todos os países e grupos sociais, indistintamente das condições socioeconômicas, credo e cultura, representando uma das principais causas de sofrimento físico e psicológico, assim como um sério problema que emerge nas relações entre homens e mulheres ^{1,2}.

A violência se manifesta na dimensão de desigualdade e é uma ameaça permanente à vida por sua alusão à morte e ainda por se caracterizar pela passividade e silêncio da vítima. Exercida em sua maioria no ambiente familiar e pelo parceiro íntimo, a violência contra a mulher se manifesta de formas e intensidades distintas, é um fenômeno complexo e tem múltipla causalidade ^{1,3}.

As consequências da violência vão desde sequelas temporárias até a morte por homicídios. No Brasil, em 1990, Faúndes et al. ⁴ investigaram mortes de mulheres de 10-49 anos em Campinas, São Paulo. Seus resultados evidenciaram que as causas externas foram a principal causa de morte entre 10 e 34 anos, e houve uma alta frequência de morte por homicídios ¹. Passada uma década, estudos sobre a violência no Brasil revelam que os nossos índices permanecem ainda extremamente elevados, quando comparamos nossos

¹ Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.

² Universidade de Pernambuco, Recife, Brasil.

Correspondência

L. S. Silva
 Universidade Federal de Pernambuco.
 Rua Amália 112, Recife, PE
 50630-210, Brasil.
 leonildoss@gmail.com

indicadores com os de outros países do mundo e pela percepção da população sobre sua própria insegurança. Considerando o mapa da violência homicida nas capitais brasileiras na última década, é possível verificar que Recife está entre as capitais que encabeçam a lista das Regiões Metropolitanas por seus índices de violência homicida, indicando que ainda existe concentração da violência nas capitais do país ⁵.

No Estado de Pernambuco, vem sendo observado número crescente de homicídios de mulheres em espaços públicos, cometidos por desconhecidos, seja pelo envolvimento de seus companheiros, familiares ou mesmo delas com o crime organizado ou resultante da crescente violência urbana ⁶. Segundo dados do Projeto Observatório da Violência contra a Mulher, Recife é apontado como um dos municípios onde mais se pratica violência contra a mulher ⁷. Contudo, a despeito desses dados, pouco se sabe a respeito dos homicídios praticados contra as mulheres, o que produz um profundo impacto negativo sobre as políticas públicas e as ações da sociedade civil voltadas para a superação da violência.

A realização do presente estudo justifica-se pela magnitude da violência praticada contra a mulher, responde a lacunas de conhecimentos sobre os dados da violência que ocorre em Recife, principalmente no que tange à caracterização sociodemográfica desse grupo, e atende a demandas de políticas públicas de atenção à saúde da mulher que visam promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual.

Conforme Arnold et al. ⁸, a medida dos anos potenciais de vida perdidos tem sido utilizada para o monitoramento de mortes violentas e para a redefinição das prioridades em saúde pública. Anos potenciais de vida perdidos é um indicador que estima o tempo que a pessoa deveria ter vivido se não morresse prematuramente. A medida dos anos potenciais de vida perdidos enfatiza as causas específicas de óbito que afetam grupos etários mais jovens, resultando numa ordenação diferente das causas de morte. Vários autores têm utilizado o indicador anos potenciais de vida perdidos por sua capacidade de discriminar a magnitude, a vulnerabilidade e a transcendência de causas de óbitos ⁹.

A análise de interpretação das variáveis relacionadas aos homicídios praticados contra mulheres poderá fomentar o interesse por novos estudos que abordem a compreensão de suas vertentes e a construção de rede de apoio político-assistencial integral à saúde da mulher. Desse modo, o presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de calcular os anos potenciais de vida perdidos por mulheres vítimas de homicídio na cidade do Recife, no quinquênio 2003-2007.

Métodos

Foi realizado um estudo descritivo, tipo transversal e retrospectivo. Seu caráter descritivo pautase na busca do que está ocorrendo na população, constituindo uma obra de reconhecimento preliminar sobre a situação em questão. Por tratar-se de um estudo transversal e retrospectivo, as mensurações das variáveis de interesse foram feitas simultaneamente, constituindo uma radiografia estática do que ocorreu em um dado momento no passado, incluindo informações retrospectivas e sugerindo a discussão das mesmas ¹⁰.

O lócus da pesquisa foi a cidade do Recife, capital do Estado de Pernambuco, situada no litoral nordestino entre outras duas metrópoles regionais, Salvador e Fortaleza. Na ocasião do estudo, a capital pernambucana possuía 94 bairros, sendo divididos em 6 Regiões Político-administrativas. A população total do Recife, no ano 2000, era composta de 1.422.905 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.ibge.gov.br>), dentre essa população total, 53,5% eram mulheres, sendo 55,2% na faixa etária de 20-59 anos.

Foram analisadas todas as Declarações de Óbito (DO) de mulheres com idade fértil (entre 10 e 49 anos), residentes na cidade do Recife, mortas por homicídio, no período entre 1^o de janeiro de 2003 a 31 de dezembro de 2007. A causa básica do óbito foi selecionada de acordo com a codificação da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10^a revisão (CID-10), no capítulo XX, das causas externas de morbidade e de mortalidade, entre a codificação X85-Y09, referente às agressões.

As informações foram acessadas no banco de dados da Gerência Operacional de Informação de Mortalidade e Natalidade da Secretaria de Saúde da Prefeitura da Cidade, e foram revisadas no sistema operacional da referida gerência todas as declarações de óbitos disponíveis no período compreendido entre janeiro de 2003 a dezembro de 2007. A coleta de dados foi desenvolvida após anuência da Diretoria Geral da Gestão do Trabalho da Secretaria de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife, como também da análise e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Pernambuco (UPE), cujo parecer de aprovação foi emitido em 9 de novembro de 2009 (registro CEP/UPE nº. 214/09).

As variáveis de estudo foram categorizadas em três grupos: (a) dados relacionados aos homicídios no município: número de homicídios por ano estudado, locais de ocorrência por Região Político-administrativa, causa básica e recebimento de assistência médica; (b) caracterização das vítimas: faixa etária, raça/cor, escolaridade,

estado civil, relação do óbito com o ciclo gravídico-puerperal; (c) anos potenciais de vida perdidos, considerando: anos analisados, faixa etária, escolaridade da vítima e raça/cor.

Para cálculo dos anos potenciais de vida perdidos, foi feita a distribuição dos óbitos por agrupamento de idade, e, calculada a média de idade de cada grupo; em seguida, a idade média de cada grupo de idade foi subtraída da idade limite de 70 anos (critério sugerido pelo Ministério da Saúde, que estabelece uma idade limite para o cálculo dos anos potenciais de vida perdidos em 70 anos¹¹). A seguir, multiplicou-se o número de óbitos de cada grupo de idade pelo número de anos que faltavam para atingir a idade limite de 70 anos. A soma desses produtos fornece o total de anos potenciais de vida perdidos, valor que representa o número estimado de perdas para uma causa específica ou para todas as causas¹². Esse indicador expressa o efeito das mortes ocorridas precocemente em relação à duração de vida esperada para uma determinada população. Permite fazer a comparação da importância relativa que as diferentes causas de morte assumem nessa população¹³.

Para cálculo dos anos potenciais de vida perdidos, adotou-se a técnica proposta por Romero & McWhinnie¹², que estabelece uma idade limite para o cálculo dos anos potenciais de vida perdidos com base na vida média da população, cálculo também utilizado em estudo mais atual, aplicado por Arnold et al.⁸. A soma desses produtos forneceu o total de anos potenciais de vida perdidos. Os dados presentes nos instrumentos de coleta de dados foram organizados em tabelas e gráficos, nos quais, constaram valores relativos, posteriormente discutidos à luz da literatura relativa à temática.

Resultados

A análise dos homicídios de mulheres em idade fértil, no quinquênio 2003-2007, revelou a existência de 280 ocorrências (média anual de 56 casos), com linha de tendência crescente nos cinco anos, tendo sido o ano de 2004 aquele em que houve o maior número de vítimas, totalizando um coeficiente de 10,8 óbitos de mulheres em idade fértil por 100 mil habitantes.

A Região Político-administrativa III foi a área de maior número de registro de homicídios, com 35% das ocorrências; seguida pela Região Político-administrativa VI, com 16,8% dos casos estudados.

Entre os óbitos analisados, a maioria (82,5%) ocorreu como resultado de agressões provocadas com uso de arma de fogo (CID-10: X954, X959

e X950). Essas três causas principais de homicídios entre mulheres diferenciam-se pelo local de ocorrência. A maioria ocorreu por arma de fogo na residência da vítima (61,8%), enquanto que outros 17,5% ocorreram por arma de fogo em lugares públicos (rua e estrada), e 3,2% ocorreram em local não especificado. Entre outras causas quantitativamente menores, 2,9% foram provocadas por objeto cortante ou penetrante fora da residência da vítima, e 14,6%, por outras causas básicas (afogamento, objeto contundente, enforcamento e sufocamento).

No levantamento de informações sobre a assistência médica prestada à vítima, foi identificado que, em 12,9% dos casos, houve registro da prestação de assistência, 37,5% não receberam assistência, e, em 49,6% dos casos, essa informação não foi declarada no atestado de óbito da vítima.

Quanto ao perfil das vítimas (Tabela 1), a maior parte contava menos de 30 anos de idade (64,2%), tendo sido contabilizado um percentual de 26,4%, da população estudada, composto por adolescentes (10-19 anos). A escolarização desconhecida predominou entre os registros (78,2%), como também as negras (88%) e solteiras (80%).

Tabela 1

Perfil das mulheres vítimas de homicídios. Recife, Pernambuco, Brasil, 2003-2007.

Variáveis	n	%
Idade (anos)		
10-19	74	26,4
20-29	106	37,8
30-39	64	22,9
40-49	36	12,9
Escolaridade (anos concluídos)		
1-7	39	13,9
8 ou +	22	7,9
Ignorada	219	78,2
Raça/cor		
Branca	31	11,0
Negra	246	88,0
Ignorada	3	1,0
Estado civil		
Solteira	224	80,0
Casada/Unida	27	9,6
Viúva/Separada	4	1,4
Ignorado	25	9,0

Fonte: Gerência Operacional de Informação sobre Mortalidade e Natalidade, Secretaria de Saúde, Prefeitura do Recife.

Foi identificado que, em 1% dos casos, houve registro de óbito relacionado ao ciclo gravídico-puerperal, classificado como morte materna de causa não obstétrica. No entanto, observou-se que, no atestado de óbito de 21% das vítimas, esse dado foi registrado como ignorado.

O impacto da mortalidade por causas externas, considerando o indicador anos potenciais de vida perdidos analisado ao longo dos anos de 2003-2007, permitiu verificar que foram perdidos 12.120 anos potenciais de vidas femininas, cerceadas prematuramente como consequência da violência (Tabela 2). O ano em que ocorreu o maior número de perdas foi 2004, com 3.145 anos (25,9% do total analisado). O maior percentual de perdas se deu em jovens entre 20 e 29 anos, em que foi possível calcular um potencial de vida perdido de 4.823 anos.

A análise da linha de tendência dos anos potenciais de vida perdidos permitiu verificar que, exceto na faixa etária de 40-49 anos, houve uma ascensão no número de homicídios, passando de 1.792 anos potenciais de vida perdidos em 2003 para 2.453 anos potenciais de vida perdidos em 2007. Tendo em vista o conjunto total de homicídios e o total de anos potenciais de vida perdidos, pode-se calcular que, para cada mulher em idade fértil assassinada, foram perdidos 43,3 anos de vida no período estudado.

A análise do recorte de cor/raça das vidas femininas perdidas evidenciou que os anos potenciais de vida perdidos das mulheres identificadas como pertencentes à população negra, pretas e pardas de acordo com análise do recorte racial pelo IBGE¹⁴ (10.591 anos potenciais de vida perdidos), foi quase oito vezes maior do que os anos potenciais de vida perdidos das brancas (1.336,5) (Figura 1). No quesito relativo aos anos

potenciais de vida perdidos em relação ao grau de escolarização, dois aspectos que mereceram destaque: o primeiro é relativo à falta de registros fidedignos sobre a escolarização da vítima (9.396 anos potenciais de vida perdidos), impedindo uma adequada análise da influência da escolarização na redução dos anos potenciais de vida perdidos; o segundo aspecto é a queda de quase 50% dos anos potenciais de vida perdidos quando a escolaridade avançou de 1-7 anos de estudo (1.719,5 anos potenciais de vida perdidos) para 8 anos ou mais (967,5 anos potenciais de vida perdidos).

Discussão

No Recife, assim como no Brasil, a violência vem manifestando-se em números elevados e crescentes, provocando indicadores de saúde absolutamente negativos para a sua população. Esses dados revelam consonância com os estudos de Simões¹⁵, quando demonstrou que, no Brasil, as taxas de mortalidade por causas externas cresceram cerca de 50% do fim dos anos 70 para a primeira metade da década de 90¹⁶, com importantes diferenças regionais. De modo similar, Laurenti et al.¹⁷, em pesquisa realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, com mulheres de 10-49 anos, identificaram o homicídio como a terceira causa de morte dessa população.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde (DATASUS. Indicadores e dados básicos. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009.htm>, acessado em 10/Mar/2011), a média da taxa de mortalidade por causas externas no Recife, durante o quinquênio 2003-2007, foi de 22,8, tendo apresentado também uma tendência crescente.

Tabela 2

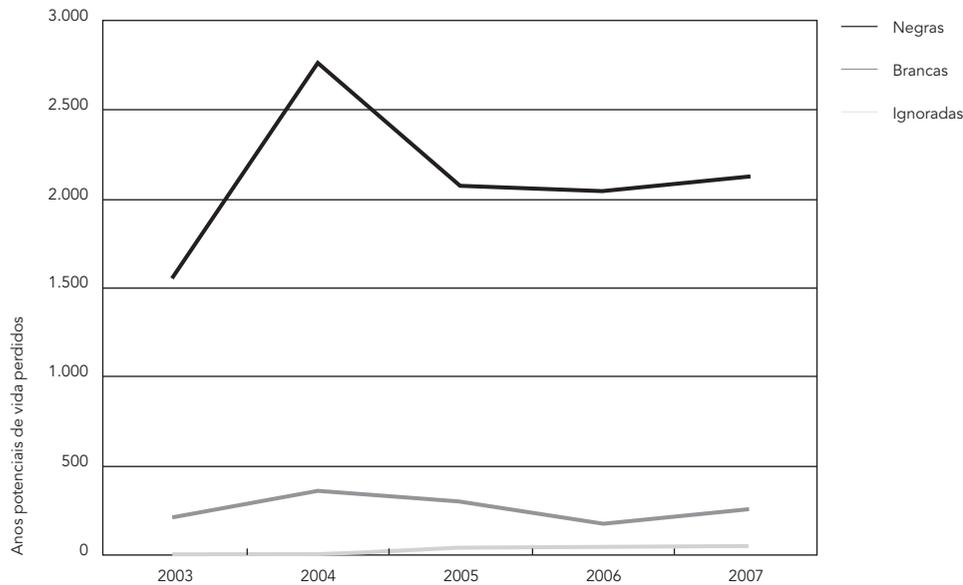
Distribuição dos anos potenciais de vida perdidos por mulheres, de acordo com a faixa etária. Recife, Pernambuco, Brasil, 2003-2007.

Ano	Faixa etária (anos)								Total	
	10-19		20-29		30-39		40-49		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
2003	610,5	14,9	546,0	11,3	355,0	15,6	280,5	30,6	1.792,0	14,8
2004	1.110,0	27,0	1.410,5	29,3	497,0	21,9	127,5	13,9	3.145,0	25,9
2005	888,0	21,6	910,0	18,9	461,5	20,3	178,5	19,4	2.438,0	20,1
2006	832,5	20,3	864,5	17,9	390,5	17,2	204,0	22,2	2.291,5	18,9
2007	666,0	16,2	1.092,0	22,6	568,0	25,0	127,5	13,9	2.453,5	20,3
Total	4.107,0	100,0	4.823,0	100,0	2.272,0	100,0	918,0	100,0	12.120,0	100,0

Fonte: Gerência Operacional de Informação sobre Mortalidade e Natalidade, Secretaria de Saúde, Prefeitura do Recife.

Figura 1

Distribuição dos anos potenciais de vida perdidos quanto à raça/cor da vítima. Recife, Pernambuco, Brasil, 2003-2007.



Fonte: Gerência Operacional de Informação sobre Mortalidade e Natalidade, Secretaria de Saúde, Prefeitura do Recife.

Considerando apenas os homicídios, a média da taxa de mortalidade do Recife foi de 12 para cada 100 mil habitantes. Esse último dado assemelha-se ao que foi calculado no presente estudo, com discreta elevação porque, no estudo, não foram considerados, para efeito de cálculo, os óbitos por causa mal definida ou por eventos de intenção indeterminada.

Sabe-se que a melhoria da qualidade e da cobertura dos registros sobre a violência no país, e em especial no Estado de Pernambuco, pode refletir no crescente aumento dos números sobre a violência. Há diferentes iniciativas articulando esforços de diversos níveis e estruturas de Governo e da sociedade civil voltadas para o enfrentamento da violência em geral. São essas iniciativas que conseguiram estagnar os níveis de violência homicida, a partir de 2003, em várias Unidades Federadas e até fazer os índices retrocederem, de forma significativa, em alguns Estados. Contudo, Recife continua figurando entre as capitais mais violentas do país, perdendo apenas para Maceió⁵.

Assim, como no âmbito nacional, há diferenças importantes na distribuição espacial dos homicídios, verificando-se estreita relação da violência com o modo de vida das vítimas, com suas características socioeconômicas e demo-

gráficas, tornando esses indivíduos mais vulneráveis. A configuração físico-territorial do Recife e as diferenças provocadas pelo quadro socioeconômico que se consolidou ao longo de sua história exibem a convivência de seus habitantes: próximos territorialmente, mas separados pelas enormes diferenças sociais. A Região Político-administrativa III é a área que apresenta maior extensão territorial, na qual se encontra a maior parte dos morros existentes na cidade, maior número de áreas pobres e que é, paradoxalmente, o território em que a renda se apresenta mais concentrada¹⁸.

Recife se destaca por seu comportamento *sui generis*: elevada taxa de homicídio e baixa taxa de lesões corporais. Isso talvez possa ser explicado pela baixa concentração (27,1%) de registro de ocorrência de lesões corporais nessa capital¹⁹. Estudo realizado por Holmes²⁰, em Recife, mostrou que os homicídios estão relacionados à exposição dos grupos populacionais menos favorecidos nos espaços urbanos onde o desemprego, a renda, o nível de escolaridade e as condições de habitação não lhes favorecem. Esses dados confirmam a configuração espacial dos assassinatos analisados no presente estudo. Em se tratando da epidemiologia da violência, Yunes²¹ chama a

atenção também para o fato de que a população pobre sofre de múltiplas privações que podem contribuir como fatores favoráveis à violência, como é o caso do desemprego.

Por outro lado, é preciso manter o olhar crítico na interpretação desses números, uma vez que a violência praticada contra a mulher, frequentemente, está associada a múltiplos fatores. É necessário cautela para não se deixar conduzir pela concepção simplista de causa e efeito, esquecendo-se questões como a relação desigual de gêneros que tantas vezes explica o empoderamento do homem sobre o corpo e a vida de suas companheiras.

De acordo com a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, a violência contra as mulheres só pode ser entendida no contexto das relações desiguais de gênero, como forma de reprodução do controle do corpo feminino e das mulheres numa sociedade sexista e patriarcal. As desigualdades de gênero têm, assim, na violência contra as mulheres, sua expressão máxima, que, por sua vez, deve ser compreendida como uma violação dos direitos humanos das mulheres, remete a um fenômeno multifacetado, com raízes histórico-culturais, que é permeado por questões étnico-raciais, de classe e de geração ²².

Os homicídios causados por armas de fogo e seu crescimento no Brasil revelam o amplo acesso e a disponibilidade de armas no país. Pesquisa feita com dados do Instituto Médico Legal de São Paulo evidenciava que, em 1960, esse tipo de arma foi responsável por 28,4% do total de mortes e, para os homicídios do ano 2000, mostrava que 90% foram perpetrados por esse meio ²³. Em Recife, em 1997, as armas de fogo foram responsáveis por 97% das mortes por homicídios em menores de 20 anos ²⁴.

A discussão sobre como controlar a epidemia das mortes por armas de fogo é de grande complexidade e envolve diferentes dimensões. Estudo de Gawryszewski et al. ²³ revelou que as armas de fogo desempenharam um papel importante entre os homicídios ocorridos no Brasil, e, por esse motivo, é imprescindível que sejam instituídas políticas de controle de arma no país.

Entre as respostas da sociedade civil, em 2003, um importante passo foi dado para reduzir as mortes por armas de fogo. Sob a liderança de organizações não-governamentais que mobilizaram grandes manifestações públicas, articulação com parlamentares comprometidos com políticas de paz e o apoio de parte importante da mídia, foi aprovado, no Congresso Nacional, o *Estatuto do Desarmamento (Lei nº. 10.826)* ²⁵. Isoladamente, o Estatuto do Desarmamento não produzirá efeito algum. Mas deve ser utilizado de

maneira séria, eficiente e responsável, de modo a permitir o enfrentamento do tráfico ilegal de armas e munição, o combate à violência urbana e a diminuição dos homicídios na sociedade ²⁶.

Ao analisar o cenário dos homicídios, a literatura assinala que a maioria das ações violentas contra a mulher ocorre no âmbito privado, no domicílio da vítima ²⁷, realidade confirmada quando analisadas as mortes ocorridas no presente estudo. Diante do exposto, Costa et al. ²⁸ salientaram que a maior ocorrência de violência envolvendo mulheres que se encontravam em seus domicílios tem a ver com o fato de que essas mulheres permanecem mais tempo em casa e, por esse motivo, estão mais expostas a sofrer agressões nesses espaços. Com isso, fragiliza-se a hipótese de que as mulheres estariam morrendo por razões ligadas à criminalidade urbana, seja como vítimas de latrocínio e balas perdidas ou pelo seu próprio envolvimento com grupos criminosos. Por outro lado, permanece, como questão, a concentração dos casos de homicídios de mulheres em áreas de maior atuação desses grupos e de circulação de armas de fogo, que, por sua vez, apresentam características comuns de precariedade de condições de vida e pouco acesso a políticas e serviços públicos ²⁹.

Quanto ao registro sobre a assistência médica prestada à vítima de homicídio, Gawryszewski et al. ²³ mostraram que, na maioria dos óbitos analisados no estudo, as vítimas foram transportadas para o hospital, não significando, obrigatoriamente, que os indivíduos tenham chegado a receber algum tipo de assistência. Em virtude da arma de fogo ser o principal instrumento para a execução do homicídio, dado que também é identificado no presente estudo, a hipótese inicial era de que a maior parte dessas vítimas não se beneficiaria da assistência médica, mas essa hipótese não foi confirmada com a análise dos laudos de necropsia.

Considerando o perfil das vítimas de homicídio, os dados do estudo assemelham-se ao mapa da violência no Brasil ⁵, no qual é registrado que duas em cada três mortes de jovens originam-se de um ato violento. Cardia ³⁰, versando sobre dados semelhantes, relatou que o homicídio de jovens relaciona-se com a escassez de fatores de proteção e com áreas onde há grande concentração de pessoas nessa faixa etária. Ressaltou que a vitimização de pessoas novas articula-se com a criminalidade juvenil, o recrutamento de jovens pelo narcotráfico, o abandono da escola e o banditismo, tudo isso mediado pela incapacidade dos órgãos públicos de assistência social e do aparelho jurídico e policial, dentro de um contexto de desagregação social, institucional e familiar.

Os números relativos à mortalidade específica por raça/cor da vítima reafirmam os achados de outras pesquisas quanto às desigualdades da situação de saúde da população negra em relação à população branca^{31,32,33,34}, em que são verificados maiores coeficientes de mortalidade em mulheres adultas negras, com risco de morte quase duas vezes superior ao observado para mulheres brancas. Esses dados revelam a perversa associação entre a violência, condição socioeconômica desfavorável e a cor da pele da vítima.

A maior mortalidade de negros tem relação com níveis de renda e de escolaridade mais baixos, possivelmente também associada ao racismo e à discriminação, pode-se afirmar, conforme Araújo et al.⁹, que esses fatores se somam na determinação de desvantagem também na mortalidade por causas externas dessa população.

Ao descrever e analisar comparativamente as características sociodemográficas e as causas básicas de morte em mulheres adultas negras e brancas, residentes na cidade de Recife, no período de 2001-2003, Santos et al.³⁴ reafirmam a importância da incorporação do recorte racial quando da elaboração de perfis epidemiológicos e de análises de situações de saúde. As desigualdades reveladas na mortalidade das mulheres negras residentes em Recife reforçam a necessidade do aprimoramento da vigilância em saúde e do incentivo à produção de conhecimento sobre desigualdades raciais em saúde. Indicam, também, a necessidade da efetivação de políticas e ações públicas baseadas em princípios de cidadania e de respeito à dignidade da pessoa humana³⁴.

No quesito relativo à escolaridade da vítima, são escassos os estudos que fazem a associação entre escolaridade e diminuição da criminalidade, mas, segundo Soares³⁵, a escolaridade reduz significativamente o risco de morte de um indivíduo. Ele considera ainda que o baixo nível de escolaridade de um indivíduo implica em um menor nível socioeconômico, o qual, intuitivamente, está ligado à maior exposição desse à violência. Ao considerar essa associação, pode-se inferir que a educação passa a ter o papel mais importante na redução direta dos níveis de violência³⁵.

Fazendo uma correlação entre escolaridade e raça/cor, é possível observar alguns aspectos. De acordo com Carvalho³⁶, no Brasil, somente 2% dos estudantes universitários são negros. Segundo Silva³⁷, as negras possuem: menor nível de escolaridade, trabalham mais, porém com rendimento menor, e são poucas as que conseguem romper barreiras de preconceito e discriminação racial e ascender socialmente. Nesse sentido, não é possível deixar de salientar que o grau de instrução relacionado ao alto índice de mulheres

negras vítimas de homicídios coloca essa população em evidência, como sendo uma população vítima de vários aspectos que colocam em risco sua própria vida.

Quando analisado o estado civil das vítimas, foi possível verificar semelhança com os estudos realizados no Distrito Federal, desenvolvido por Soares³⁸, que analisou o efeito do estado civil sobre a probabilidade de vitimização por homicídio. Usando os dados de mortalidade da Secretaria de Saúde de 1993, ele mostrou que o grupo de mais alto risco para homicídios é o de solteiros, com uma elevada taxa de 40,78 por 100 mil, seguido pelos casados, com 21,12 e pelos outros grupos de estado civil, com 13,34. Esses resultados também condizem com o encontrado internacionalmente. Porém, eles podem estar simplesmente traduzindo as diferenças de idade, uma vez que a percentagem dos solteiros diminui com a idade.

Desde 1995, foram incluídas variáveis específicas na DO, visando à identificação de mortes de mulheres em idade reprodutiva no território brasileiro, definidas a partir da constatação da gravidez no momento da morte ou nos 12 meses anteriores (campos 43 e 44 da DO). Entretanto, Laurenti et al.³⁹ constataram preenchimento inadequado desses campos. Nesse período, quase 90% das DO apresentavam resposta "Ignorado" para o campo 43, correspondente à pergunta sobre a morte ter ocorrido durante a gravidez, parto ou aborto, e mais de 90% de resposta "Ignorado" para o campo 44, correspondente à pergunta sobre a morte ter ocorrido durante o puerpério. A constatação desse fato representa sérias limitações à tentativa de ampliar o conhecimento dos óbitos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal exclusivamente pela análise dessas informações constantes das DO.

O impacto da mortalidade por causas externas, considerando o indicador anos potenciais de vida perdidos, manifesta-se nas estatísticas de forma preocupante, e, ao atingir principalmente os adultos jovens, as perdas em produtividade devido à morte prematura ou possíveis sequelas decorrentes da violência são consideráveis. Em que pese o volume crescente de estudos que focalizam a incidência de óbitos por causas externas no Brasil, ainda são escassos aqueles que traduzem esse fenômeno em termos de estimativas dos anos de vida perdidos em decorrência desses óbitos. Trata-se, entretanto, de uma informação importante para sensibilizar os formuladores de políticas públicas para a necessidade de direcionar ações visando à redução dos óbitos por causas externas. Ademais, as estimativas do número de anos de vida perdidos podem se constituir em subsídios relevantes para a discussão das perdas

econômicas acarretadas por esses óbitos, especialmente tendo em vista que eles se concentram, sobretudo, na população adulta jovem, em idade potencialmente ativa ⁴⁰. Pela frequência com que ocorrem e por serem os adolescentes e adultos jovens os grupos mais atingidos, as causas externas são as maiores responsáveis pelos anos potenciais de vida perdidos.

Os 43,3 anos de vida perdidos por cada vítima refletem, entre outros aspectos, a características do município, relativas ao nível de pobreza, desemprego, densidade populacional, instabilidade residencial, desigualdade social, que expõem seus habitantes a crises sociais, crimes e violência. Para o enfrentamento de toda essa problemática, é imprescindível o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas de diferentes setores governamentais, de diversificados segmentos sociais e da população em geral. É preciso lembrar que a violência apresenta-se sempre multifacetada, envolvendo, em sua gênese e desenvolvimento, vários segmentos e aspectos: ela não é somente um problema de segurança, de justiça, de educação ou de saúde, mas representa um verdadeiro mosaico formado por todos esses componentes. Assim, parcerias efetivas entre diferentes segmentos – governamentais ou não – devem ser construídas e consolidadas, com medidas multissetoriais voltadas à prevenção da violência e à promoção da saúde, que tentem defrontar a multicausalidade, atuando de maneira preventiva e integrada, de modo a enfrentar o crime e, ao mesmo tempo, tentar construir a cidadania, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade de vida da população.

Considerações finais

Os princípios da cultura de paz propostos pelo Manifesto do ano 2000 da Organização das Nações Unidas têm se revelado um importante instrumento para nortear as mudanças culturais necessárias para a superação da violência. Esses princípios apontam na direção de repensar valores, crenças e atitudes, estimulando processos de transformação dos indivíduos, das instituições e das relações sociais, essenciais para a revitalização das práticas nos serviços de saúde ⁴¹.

O presente trabalho deve ser considerado um estudo com limitações, em face da diversidade do assunto violência nas pesquisas nacionais e mundiais e, sobretudo, considerando a existência de subnotificação de dados que compromete a qualidade das informações analisadas. Por se tratar de um estudo epidemiológico com abordagem quantitativa, não foi possível desenvolver um maior aprofundamento nas interpretações socioculturais dos dados que envolvem a violência praticada contra a mulher. A contribuição do estudo remete-se à visibilidade dos dados sobre a violência, evidenciando avanços e limitações na prevenção desse agravo, apresentando considerações para o debate com planejadores, gestores, profissionais de diversas áreas e a comunidade. Acredita-se que estudos futuros devem contemplar dados comparativos que associem os indicadores de violência e o impacto das medidas de combate e prevenção desse agravo.

Resumo

Estudo epidemiológico, transversal, objetivando calcular os anos potenciais de vida perdidos por mulheres vítimas de homicídio na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, no quinquênio 2003-2007. Utilizou-se de um banco de dados da Gerência Operacional de Informação de Mortalidade e Natalidade da Secretaria de Saúde do Recife, e foram revisadas todas as declarações de óbitos das vítimas de homicídio, com idade fértil no quinquênio analisado. Os resultados revelaram que houve 12.120 anos potenciais de vida perdidos, no período, por mulheres jovens, negras (88%), de escolaridade desconhecida (78,2%), solteiras (80%), mortas na Região Político-administrativa III, que foram assassinadas com uso de arma de fogo, no próprio domicílio. A taxa de mortalidade específica, no período, correspondeu a 10,8 por 100 mil mulheres em idade fértil. Os 43,3 anos de vida perdidos por cada vítima refletem, entre outros aspectos, as características do município, relativas ao nível de pobreza, desemprego, densidade populacional, instabilidade residencial, desigualdade social, que expõem seus habitantes a crises sociais, crimes e violência.

Anos Potenciais de Vida Perdidos; Homicídio; Mulheres

Colaboradores

L. S. Silva e C. L. A. Lopes participaram do desenvolvimento do projeto, da análise e interpretação dos dados e elaboração do artigo. M. L. N. Menezes foi responsável principal pela análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. M. S. M. Corrêa colaborou na análise e interpretação dos dados, na revisão crítica do texto e aprovação da versão final do artigo a ser publicado.

Referências

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy J, Zwi A, Lozano-Ascencio R. Rapport mondial sur la violence et la sante. <http://www.who.int> (acessado em 31/Mai/2009).
2. Sampaio J, Vidal L, Spinelli MB, Silva MCM, Viana P, Gandelsman R. Assistência integral à mulher vítima de violência doméstica e sexista. Protocolo. Recife: Prefeitura do Recife; 2005.
3. Monteiro CFS, Souza IEO. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. *Texto & Contexto Enferm* 2007; 16:26-31.
4. Faúndes A, Parpinelli MA, Cecatti JG. Mortalidade de mulheres em idade fértil, em Campinas, São Paulo 1985-1994. *Cad Saúde Pública* 2000; 16: 671-9.
5. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2011. Os jovens do Brasil. São Paulo: Instituto Sangari/Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Portella AP. Abordagem social sobre violência e saúde das mulheres. *Jornal da Rede Feminista de Saúde* 2002; 22:17-9.
7. Portella AP. Homicídios de mulheres em Pernambuco, 2002-2004: uma caracterização a partir de notícias de jornais. *SOS Corpo*; 2005. <http://www.violenciamulher.org.br> (acessado em 16/Nov/2009).
8. Arnold MW, Silva MA, Falbo Neto, Gilliatt H, Haimenis RP. Anos potenciais de vida perdidos por mulheres em idade fértil na cidade do Recife, Pernambuco, vítimas de morte por homicídio nos anos de 2001 e 2002. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2007; 7 Suppl 1:23-7.

9. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Mota ELA, Araújo TM, Oliveira NF. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. *Rev Saúde Pública* 2009; 43:405-12.
10. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2008.
11. Ministério da Saúde. *Investigação sobre perfis de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
12. Romeder JM, Mcwhinnie JR. The development of potential years of life lost as an indicator of premature mortality. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1978; 26:97-115.
13. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e saúde*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2003.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Atlas racial brasileiro 2004*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2004.
15. Simões CSC. *Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
16. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. *As condições de saúde no Brasil: retrospecto de 1979 a 1995*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.
17. Laurenti R, Mello Jorge MH, Gotlieb SLD. *Mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos – ênfase na mortalidade materna*. São Paulo: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Universidade de São Paulo; 2002.
18. Araújo MS. *Trabalhos para discussão*. Recife: Fundação Joaquim Nabuco; 2002. <http://www.fundaj.gov.br/tpd/143.html> (acessado em 01/Dez/2009).
19. Souza ER, Lima MLC. *Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais*. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:1211-22.
20. Holmes CEM. *Anos potenciais de vida perdidos – APVP: análise das desigualdades segundo estrato de condições de vida na cidade do Recife, 2000* [Dissertação de Mestrado]. Recife: Programa Integrado de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco; 2002.
21. Yunes J. *Epidemiologia da violência*. In: Oliveira MC, organizador. *Demografia da exclusão social: temas e abordagens*. Campinas: Editora Unicamp; 2001. p. 145-65.
22. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
23. Gawryszewski VP, Kahn T, Mello Jorge MHP. *Informações sobre homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública*. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:627-33.
24. Falbo GH, Buzzetti R, Cattaneo A. *Homicide in children and adolescents: a case-control study in Recife, Brazil*. *Bull World Health Organ* 2001; 79:2-7.
25. Bastos ML, Casara RRR. *Estatuto do desarmamento – uma questão de competência*. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007. <http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/index.php> (acessado em 01/Dez/2009)
26. Ramos S. *Respostas brasileiras à violência e novas mediações: o caso do Grupo Cultural AfroReggae e a experiência do projeto Juventude e Polícia*. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:1303-11.
27. Souza ER. *Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde*. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:59-70.
28. Costa COM, Carvalho RC, Bárbara JFRS, Santos CAST, Gomes WA, Sousa HL. *O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência*. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12:1129-41.
29. Portella AP. *Caracterização dos homicídios de mulheres, 2002-2007*. Recife: SOS Corpo: Instituto Feminista para a Democracia/Observatório da Violência contra as Mulheres em Pernambuco; 2008.
30. Cardia N. *Jovens, violência fatal, superposição de carências e mercado de trabalho*. <http://www.nev.prp.usp.br> (acessado em 10/Dez/2009).
31. Barbosa MIS. *É mulher, mas é negra: perfil da mortalidade do 'quarto de despejo'*. *Jornal da Rede Feminista de Saúde* 2001; (23):34-6.
32. Cunha EMGP. *Mortalidade infantil e raça: as diferenças da desigualdade*. *Jornal da Rede Feminista de Saúde* 2001; (23):48-50.
33. Batista LE. *Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte* [Tese de Doutorado]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista; 2002.
34. Santos SM, Guimarães, MJB, Araújo TVB. *Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003*. *Saúde Soc* 2007; 16:87-102.
35. Soares SSD. *Educação: um escudo contra o homicídio*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2007. (Texto pra Discussão, 1298).
36. Carvalho JJ. *Inclusão étnica e racial no Brasil. A questão das cotas no ensino superior*. São Paulo: Editora Attar; 2005.
37. Silva MN. *A mulher negra: o preço de uma trajetória de sucesso* [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1999.
38. Soares GAD. *Homicídios no Brasil: vários factoides em busca de uma teoria*. Relatório parcial do projeto Covariatas Macroestruturais do Homicídio no Brasil. In: Meeting of the Latin American Studies Association. Miami: Latin American Studies Association, Hyatt Regency Miami; 2000. p. 10-24.
39. Laurenti R, Mello-Jorge MHP, Gotlieb SLD. *Mortes maternas no Brasil: análise do preenchimento de variável da declaração de óbito*. *Inf Epidemiol SUS* 2000; 9:43-50.
40. Gomes MME, Assis HM, Francisquini VLC, Rodrigues RN. *Mortalidade por causas externas no Brasil em 2000: pobreza, desigualdade ou políticas sociais inadequadas?* In: *Seminário População, Pobreza e Desigualdade*, 2007. <http://www.abep.nepo.unicamp.br> (acessado em 10/Nov/2009).
41. Melman J, Ciliberti ME, Aoki M, Figueira Júnior N. *Tecendo redes de paz*. *Saúde Soc* 2009; 18 Suppl 1:66-72.

Recebido em 17/Abr/2010

Versão final reapresentada em 26/Abr/2011

Aprovado em 22/Jun/2011