

Violência letal em Maceió-AL: estudo descritivo sobre homicídios, 2007-2012*

doi: 10.5123/S1679-49742014000400015

Lethal violence in Maceió-AL: a descriptive study of homicides, 2007-2012

Waneska Alexandra Alves

Departamento de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Governador Valadares-MG, Brasil

Divanise Suruagy Correia

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió-AL, Brasil

Lívia Lessa de Brito Barbosa

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió-AL, Brasil

Leonardo Moreira Lopes

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió-AL, Brasil

Márcio Ighor Azevedo Silva de Mendonça Melânia

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió-AL, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever o perfil epidemiológico e a magnitude dos homicídios ocorridos no município de Maceió, estado de Alagoas, Brasil, no período de 2007 a 2012. **Métodos:** estudo descritivo dos óbitos por homicídios registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) ocorridos em Maceió-AL. **Resultados:** registraram-se 5.735 homicídios no período, correspondendo à média de 955,8 homicídios/ano, com taxas que variaram de 89,6 óbitos/100 mil habitantes (2012) a 111,4 óbitos/100 mil hab. (2011); 94,8% das vítimas eram do sexo masculino, 66,2% eram jovens de 15 a 29 anos e 79,9% da raça/cor parda; os homicídios ocorreram, majoritariamente, nos períodos noturno e de madrugada (51,5%), com envolvimento de arma de fogo (87,8%), em bairros da periferia da cidade (32,6%). **Conclusão:** a mortalidade por homicídios foi elevada, acometendo principalmente pessoas jovens, pardas e do sexo masculino; destaca-se a necessidade de políticas públicas efetivas para o combate à violência.

Palavras-chave: Homicídio; Mortalidade; Epidemiologia Descritiva; Violência; Causas Externas.

Abstract

Objective: to describe the epidemiological profile and the magnitude of homicides in the city of Maceió, Alagoas, Brazil, 2007-2012. **Methods:** this was a descriptive study of deaths from homicides recorded on the Mortality Information System occurring between January 1st, 2007 and December 31st, 2012. **Results:** 5,735 homicides were registered in the period, with rates ranging from 89.6 deaths/100 000 inhabitants (in 2012) to 111.4 deaths (in 2011); 94.8% of victims were male, 66.2% were youth aged from 15 to 29 years, 79.9% were of brown race/color; homicides occurred mostly at night and in the early hours (51.5%), involving firearms (87.8%) and in the city's suburbs (32.6%). **Conclusion:** homicide mortality was high, affecting mainly young, male and brown skinned people. The study highlights the need for effective public policies to combat violence.

Key words: Homicide; Mortality; Epidemiology, Descriptive; Violence; External Causes.

*Este manuscrito é parte dos resultados da tese de Doutorado em Saúde Pública de autoria de Waneska Alexandra Alves, defendida junto à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Instituto Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) em outubro de 2014.

Endereço para correspondência:

Waneska Alexandra Alves – Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Medicina, Rua São Paulo, nº 839, Centro, Governador Valadares-MG, Brasil. CEP: 35010-180
E-mail: waneska.alves@yahoo.com.br

Introdução

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência está associada à intencionalidade, constituindo-se em agravo prevenível, e o setor da Saúde tem importante responsabilidade em sua prevenção e controle.¹ A violência torna-se um tema de grande interesse devido ao impacto que provoca na qualidade de vida das pessoas e na necessidade de cuidados prestados pelos serviços médicos e hospitalares.² O agravo deve ser compreendido como um conjunto de eventos individuais, sociais, econômicos e culturais, historicamente a acompanhar a humanidade.^{2,3}

Em 2012, quase meio milhão de pessoas morreram por homicídio doloso em todo o mundo, um terço delas (36%) nas Américas.^{4,5} Naquele mesmo ano, a taxa de mortalidade média no mundo foi de 6,2 homicídios por 100 mil habitantes, e as taxas para os países da América do Sul variaram entre 16 e 23 homicídios por 100 mil habitantes. Segundo documento da Organização das Nações Unidas (ONU) datado de 2014, o Brasil apresenta taxas médias estáveis a partir da década de 1980; entretanto, há importantes disparidades nas taxas entre as diferentes unidades da Federação.⁴

Em 2012, Maceió-AL apresentou taxas de mortalidade por homicídios de 90,0 por 100 mil habitantes, assumindo a liderança entre as capitais brasileiras.

No período de 2000 a 2011, no Brasil, os acidentes e violências representaram a terceira causa de óbito na população geral, atrás apenas dos óbitos causados por doenças cardiovasculares e neoplasias.⁵⁻⁷ Esses fenômenos sociais são os que mais têm chamado a atenção dos estudiosos e da sociedade.

Uma análise dos registros do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) mostrou que, no período entre 1980 e 2011, as taxas de mortalidade geral para o conjunto da população brasileira caíram 3,5%; todavia, as mortes por causas externas aumentaram 28,5%.⁶ Quanto às violências, os homicídios se destacam, constituindo a primeira causa de morte entre as causas externas com um crescimento de 132,1%.^{8,9}

No período de 2001 a 2012, o estado de Alagoas e sua capital, Maceió-AL, têm estado em evidência na

mídia nacional e internacional, quando o tema central é a violência letal. O estado experimenta um complexo cenário de ocorrência desse tipo de violência: desde 2012, as taxas de homicídios vêm sendo comparadas às de países que vivenciam situações de conflito armado.¹⁰

No ano 2000, Alagoas estava entre as 17 unidades da Federação com as menores taxas de homicídios do país (25,8/100 mil hab.). Em 2002, o estado passou a ocupar a 9ª colocação, com taxa de 34,3 por 100 mil habitantes; em pouco mais de dez anos, assumiu a liderança nacional com uma taxa de 76,3 por 100 mil habitantes em 2012, valor de 2,6 vezes superior à taxa nacional de mortalidade por homicídios (25,2 por 100 mil hab.).^{3,10} Em 2012, Maceió-AL apresentou taxas de mortalidade por homicídios de 90,0 por 100 mil habitantes, assumindo a liderança entre as capitais brasileiras.¹¹

Diante da escassez de estudos epidemiológicos abordando os homicídios em Maceió-AL, especialmente quando se considera a dimensão e transcendência que o fenômeno representa no município, justifica-se este estudo cujos objetivos foram descrever o perfil epidemiológico e a magnitude dos homicídios ocorridos na capital do estado de Alagoas, no período de 2007 a 2012.

Métodos

Trata-se de estudo descritivo com dados de óbitos por homicídio obtidos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.

O estado de Alagoas possui importantes diferenças sociais, tendo um dos índices de desenvolvimento humano (IDH) mais baixos do país. Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em 2010, Maceió-AL ocupava a 1.266ª posição no *ranking* do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), com valor de 0,721. Quanto à renda, à educação e à longevidade, os valores de IDHM para o município eram de 0,739, 0,799 e 0,635, respectivamente.¹²

Segundo dados do censo demográfico de 2010, disponibilizados pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Maceió-AL possuía uma área territorial de 503.069 km² e contava, então, com 932.748 habitantes, dos quais 436.492 (46,8%) eram do sexo masculino; 25,0% da população geral possuía

menos de 14 anos de idade, 27,7%, de 15 a 29 anos, 38,8%, de 30 a 59 anos, e 8,5%, 60 anos e mais. A raça/cor predominante era a parda (54,3%).¹²

Foram estudados os registros de óbitos ocorridos na capital no período de 1º de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2012, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Maceió-AL. Esses registros foram classificados segundo causa básica de morte ou causas subsequentes, codificadas de acordo com a 10ª Edição Revisada da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), pelos códigos X85 a Y09 (Agressões). As causas cuja intencionalidade foi indeterminada (Y10 a Y34) não foram consideradas. Foram realizadas análises de duplicidade, completitude dos campos e consistência dos dados,¹³ visando constituir um banco de dados com melhor qualidade de informações.¹⁴

As variáveis estudadas foram relacionadas à vítima (sexo, raça/cor, faixa etária, ocupação, estado civil e causa básica de morte), ao tempo (hora do óbito e ano de ocorrência) e ao espaço (local de ocorrência do óbito e bairro de residência da vítima).

Para a variável raça/cor, de acordo com a classificação do IBGE, foram consideradas as categorias branca, preta, parda, amarela e indígena. A escolha dos estratos para a variável faixa etária (0 a 14, 15 a 29, 30 a 59 e 60 anos e mais) deve-se aos diferentes ciclos da vida, bem como à semelhança de comportamento no perfil de mortalidade por causas violentas e outras causas definidas pelo Ministério da Saúde, para análise da mortalidade.^{7,15}

A variável ocupação foi classificada conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) para o ano de 2002, considerando-se seus 192 subgrupos.¹⁶

Foram calculadas as taxas de mortalidade acumulada para o período do estudo, tendo por numerador a soma dos óbitos ocorridos no período, e por denominador, a média da população residente para o mesmo período. Com o propósito de definir a população residente por bairro, utilizou-se o método para projeções municipais adotado pelo IBGE, ou seja, de projeção da tendência do crescimento demográfico.¹⁷ Também foram calculadas as taxas de mortalidade específicas para ano, sexo, raça/cor e faixa etária, tendo por numerador os óbitos por ano, sexo ou faixa etária, e por denominador, a população por ano, sexo ou faixa etária, por 100 mil habitantes. Para o cálculo da taxa de mortalidade acumulada, dadas as dificuldades em

obter o número de pessoas expostas ao risco de morte por homicídio em Maceió-AL, optou-se por utilizar a população residente na cidade.

Os dados sobre a população residente foram levantados do sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) (2007 a 2010), administrado pelo Ministério da Saúde, e das estimativas do Tribunal de Contas da União (2011 e 2012), cujas fontes referem o IBGE.¹⁸ Também foi calculada a mortalidade proporcional por sexo, raça/cor, faixa etária, ocupação, causa básica, hora, local de ocorrência e bairro de residência do óbito, tendo por numerador os óbitos por sexo, raça/cor, faixa etária, ocupação, causa básica, hora do óbito ou local de residência, e por denominador, o total de óbitos.

Para a análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva (análise de frequência e proporção). As análises foram realizadas pelos *softwares* Epi Info™ (versão 3.5.2) e Microsoft Office Excel® (versão 2007).

A pesquisa respeitou as exigências éticas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, preservando a identidade das vítimas, e foi aprovada pela Comissão de Ética do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Instituto Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), sob o Parecer Consubienciado de nº 522.270.

Resultados

Foram registrados 5.735 homicídios no período de 2007 a 2012, representando uma média de 955,8 homicídios/ano (Tabela 1). O registro de média mensal foi de 79,7 homicídios, ou mais precisamente, de 2,62 registros/dia.

As taxas de homicídios por 100 mil habitantes variaram de 89,6 óbitos em 2007 a 111,4 óbitos em 2012. A maioria dos óbitos por homicídios ocorreu no sexo masculino (94,8%). Entre as mulheres, verificou-se um incremento nas taxas de homicídio de 53,1% entre 2007 e 2012. Neste mesmo período, a taxa de homicídios acumulada para o sexo masculino foi de 1.235,1/100 mil habitantes, e para o feminino, de 59,4/100 mil habitantes. A razão entre as taxas (masculino/feminino) variou de 17,2 em 2007 a 29,3 em 2012, sendo a razão das taxas acumuladas de 20,8 (Tabela 1). A maioria dos homicídios (66,2%) vitimou adolescentes ou adultos jovens (15 a 29

Tabela 1 – Distribuição do número de óbitos e taxas de homicídios por sexo e na população geral e razão de risco entre os sexos por ano de ocorrência do óbito em Maceió, Alagoas, 2007 a 2012

Ano do óbito	Número de óbitos			Taxa de homicídio (por 100 mil habitantes)			Razão de risco masculino/feminino
	Sexo feminino	Sexo masculino	Ambos os sexos	Sexo feminino	Sexo masculino	Ambos os sexos	
2007	34	887	921	6,8	200,2	97,8	29,3
2008	42	952	994	8,6	218,9	107,6	25,5
2009	45	836	881	9,1	189,9	94,1	20,9
2010	60	974	1.034	12,1	223,1	110,9	18,5
2011	62	989	1.051	12,4	224,1	111,4	18,1
2012	53	801	854	10,4	179,5	89,6	17,2
Total	296	5.439	5.735	59,4	1.235,1	611,4	20,8

anos) de ambos os sexos. Observou-se 2,0% dos óbitos (115) na faixa etária menor de 14 anos (Tabela 2) e 79,7% de óbitos (4.569) em pessoas da raça/cor parda (Tabela 2), embora não houvesse dados sobre essa variável em 17,2% dos registros. Mais de dois terços dos homicídios ocorreram em pessoas solteiras (70,5%), a despeito de não se encontrar informação sobre o estado civil do óbito em 19,8% dos registros (Tabela 2).

Quanto à ocupação das vítimas, predominaram trabalhadores da conservação, manutenção e reparação (20,0%), ajudantes de obra (14,6%) e técnicos de nível médio em operações comerciais (4,4%); não obstante, essa informação não estava disponível em mais de um quarto dos registros (27,6%) (Tabela 2).

As agressões por arma de fogo foram a causa básica da morte mais comum (87,8%), seguida de agressões por meio de objeto cortante ou penetrante (7,1%), agressões por meio de objeto contundente (3,6%) e agressões por outras causas (0,7%) (Tabela 2). A maioria dos homicídios (51,5%) ocorreu nos períodos noturno e de madrugada; 15,2% dos registros não possuíam informações quanto ao horário do crime (Tabela 3). A via pública foi o local de ocorrência mais

comum, com 1.627 homicídios (62,8%); apenas 0,2% dos registros não possuíam informações quanto ao local de ocorrência do óbito (Tabela 3).

Todos os bairros registram ocorrência de homicídios, embora 9 bairros concentrassem 71,5% das vítimas aproximadamente (Tabela 3). As taxas de mortalidade acumulada entre os bairros variaram de 11,9 a 6.780,0 óbitos por 100 mil habitantes. A mediana das taxas acumuladas foi de 567,9 óbitos, e a média, de 360,6 óbitos (Figura 1).

Discussão

No período de 2007 a 2012, foram evidenciadas elevadas taxas de homicídio em Maceió-AL, com uma variação de 110,9/100 mil habitantes em 2010 para 89,6 em 2012 – com destaque para a taxa de 111,4/100 mil habitantes em 2011. Esses valores são superiores àqueles observados para o Brasil, com taxas de homicídios/100 mil habitantes de 27,1 em 2010, 27,5 em 2011 e de 25,8 em 2012.^{4,8,19} Os dados apresentados fazem com que a capital alagoana esteja no topo do *ranking* das cidades mais violentas do Brasil e do mundo.^{4,8,11,19}

Aproximadamente 95% dos homicídios ocorreram na população masculina. Resultados semelhantes são citados em outros estudos.^{5,9,20-22} Os dados de morta-

Tabela 2 – Número e distribuição proporcional (%) dos homicídios em Maceió, Alagoas, 2007 a 2012

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	5.439	94,8
Feminino	296	5,2
Faixa etária (em anos)		
0-14	115	2,0
15-29	3.798	66,2
30-59	1.690	29,5
60 e mais	132	2,3
Raça/cor		
Branca	144	2,5
Preta	30	0,5
Amarela	3	0,1
Parda	4.569	79,7
Indígena	–	–
Sem informação	989	17,2
Estado civil		
Solteiro	4.041	70,5
Casado	441	7,7
Viúvo	25	0,4
Separado	60	1,0
União estável	34	0,6
Sem informação	1.134	19,8
Ocupação		
Outros trabalhadores da conservação, manutenção e reparação	1.147	20,0
Ajudantes de obra	835	14,6
Técnicos de nível médio em operações comerciais	253	4,4
Trabalhadores da construção civil e obras públicas	229	4,0
Condutores de veículos e operadores de equipamentos de elevação e afins	139	2,4
Trabalhadores dos serviços de proteção e segurança	131	2,3
Gerentes de produções e operações	125	2,2
Trabalhadores dos serviços domésticos em geral	122	2,1
Outras ocupações	1.170	20,4
Sem informação	1.584	27,6
Causa básica de morte		
Agressão por meio de arma de fogo	5.036	87,8
Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação	48	0,8
Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante	405	7,1
Agressão por meio de objeto contundente	207	3,6
Outras causas básicas de morte	39	0,7

Tabela 3 – Número e distribuição proporcional (%) dos homicídios segundo horário do óbito, via e bairros de ocorrência em Maceió, Alagoas, 2007 a 2012

Variáveis	N	%
Horário do óbito (em horas)		
00:00 a 5:59	984	17,2
06:00 a 11:59	760	13,3
12:00 a 17:59	1.152	20,1
18:00 a 23:59	1.966	34,3
Local de ocorrência		
Via pública	3.599	62,8
Hospital	1.627	28,4
Domicílio	320	5,6
Outros locais	189	3,3
Bairro de ocorrência		
Trapiche da Barra	1.712	29,9
Tabuleiro do Martins	790	13,8
Benedito Bentes	399	7,0
Jacintinho	346	6,0
Vergel do Lago	258	4,5
Clima Bom	185	3,2
Levada	149	2,6
Cidade Universitária	130	2,3
Chã da Jaqueira	129	2,2
Outros bairros	1.637	28,5

lidade acumulada para ambos os sexos e mortalidade específica para as causas básicas de morte revelam uma intensa produção da violência armada, a demandar abordagens diferenciadas nas ações das políticas de enfrentamento da criminalidade letal.

Esses dados corroboram a afirmação de que a violência urbana em Maceió-AL vitimiza, especialmente, homens e jovens. Vale ressaltar o aumento na taxa de homicídio no sexo feminino. Ao considerar o início e o final do estudo, a variação nessa taxa foi de 53,1%,

mesmo com o advento da Lei Federal nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha),²³ para proteger e coibir o vitimização do sexo feminino. Os dados apresentados estão em concordância com os demais estudos publicados sobre a violência letal no sexo feminino, indicando aumento na ocorrência dos homicídios em mulheres.²⁴

A maioria dos homicídios ocorreu em indivíduos adolescentes e jovens entre 15 e 29 anos, correspondendo a 66,7% (3.826) dos assassinatos, média de

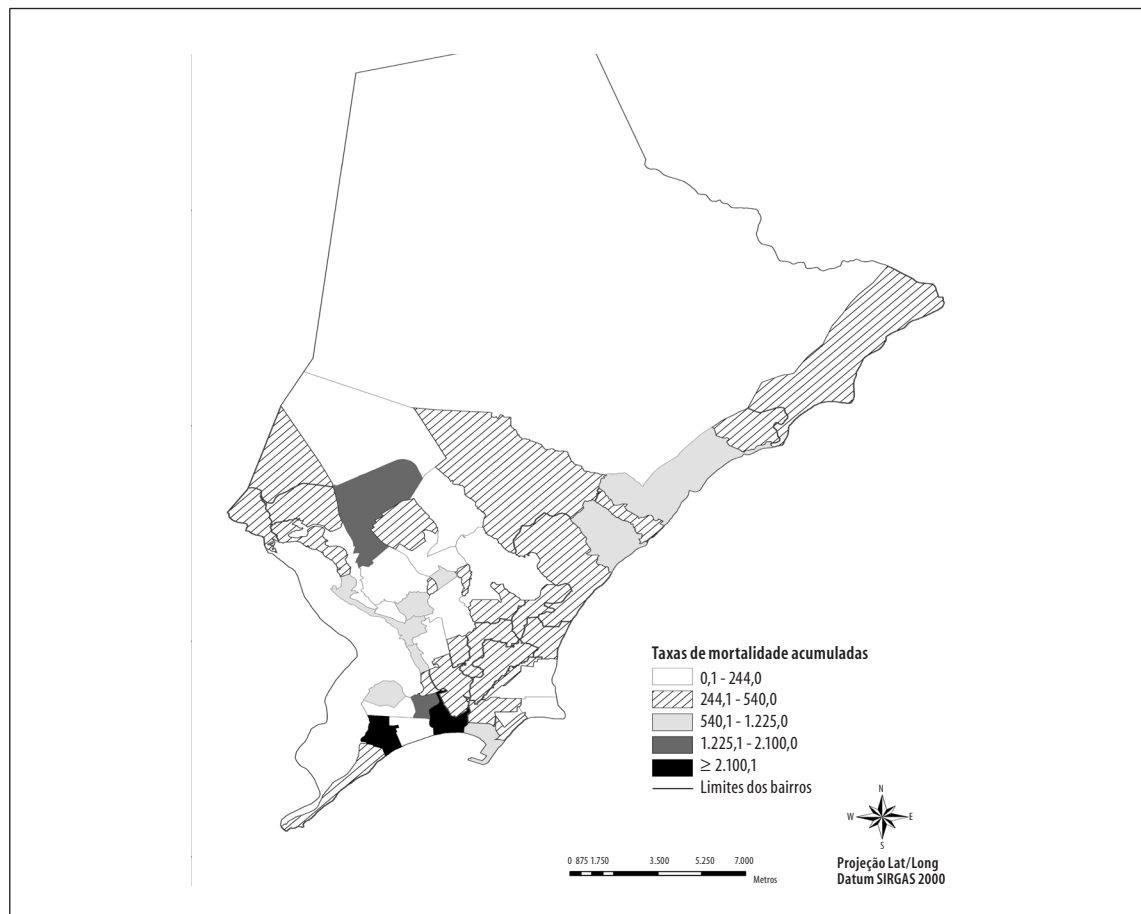


Figura 1 – Distribuição das taxas de mortalidade acumuladas por bairro em Maceió, Alagoas, 2007 a 2012

637,6 óbitos por ano. Comparando-se esses dados com a realidade do conjunto do país, a média maceioense representa quase o dobro da média nacional, que é de 39,3%.⁸

Em seu estudo sobre o perfil de mortalidade no Brasil, Nascimento e Moraes Neto⁷ observam que as agressões são a primeira causa de morte em jovens do sexo masculino entre 10 e 29 anos, no país e em sua macrorregião Nordeste; e a segunda e terceira causa de mortes no sexo feminino, respectivamente no país e no Nordeste. Walselisz¹¹ aponta Maceió-AL como detentora da maior taxa de mortalidade em jovens, na comparação com as capitais brasileiras: 218,1 óbitos por 100 mil habitantes. Alguns dos fatores capazes de justificar esses dados são a maior exposição dos jovens a comportamentos de risco e o fato de esses mesmos jovens viverem em comunidades de áreas mais pobres, com sérios problemas de exclusão juvenil e desigualdade social.^{25,26}

O presente estudo também apontou a ocorrência dos óbitos em vias públicas, principalmente, além de sua maior incidência no período noturno, e o fato de a causa básica de morte ser, majoritariamente, por uso de arma de fogo (87,8%). Apesar de o Estatuto do Desarmamento já contar mais de dez anos de existência, os dados levantados demonstram, com clareza, que o impacto social do documento nos índices de violência do estado de Alagoas não foi o desejado.

Neste estudo, observou-se que a maioria dos óbitos referiam-se à população de raça/cor de pele negra (80,2%).⁸ Estudos têm apontado que esses resultados podem ser consequência da desigualdade social, como também do preconceito e discriminação entre segmentos da sociedade. Dentro da sociedade geral, grupos discriminados ocupam uma posição de desvantagem, desvalorização e maior exposição a riscos.^{27,28}

A análise dos dados do SIM para Maceió-AL revela um perfil de mortalidade semelhante ao padrão nacional e

regional predominante: vítimas jovens, do sexo masculino, solteiras e da cor/raça negra, cujo local do óbito encontra-se principalmente na via pública, causado por arma de fogo e ocorrido no período noturno.^{4,29,30}

Acredita-se que a perda dos jovens para os subprodutos da criminalidade terá graves consequências futuras: do ponto de vista demográfico e econômico, é possível afirmar que a geração de jovens afetados observada, economicamente ativa, não contribuirá com a economia nacional como poderia. Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, mortes prematuras trazem consequências psicofísicas e socioeconômicas enquanto vidas jovens perdidas em plena fase produtiva.²⁷

Maceió-AL vivencia intenso crescimento econômico e de infraestrutura, em contraste com um contexto social e econômico marcado por grande desigualdade social relacionada à condição e situação de vida das pessoas. Neste cenário, a capital alagoana se destaca entre os lugares com maior risco de morte por assassinatos no país.⁸ A criminalidade manifestada na cidade não se resume às questões quantitativas e sim a sua abrangência e complexidade, reveladas pela alta mortalidade por violência. Os homicídios, portanto, são a face visível de uma realidade grave e complexa.^{29,30}

As limitações encontradas no desenvolvimento do presente estudo referem-se ao uso de dados secundários, sobretudo às proporções de campos sem preenchimento para algumas variáveis, e à própria cobertura do SIM.¹⁴ Todavia, os dados permitiram caracterizar o perfil epidemiológico e a magnitude da letalidade violenta em Maceió-AL. Outra limitação deste estudo remete à exclusão dos registros de óbitos cuja intencionalidade foi classificada como indeterminada, visto que tal retirada pode subestimar as taxas de mortalidade. Contudo, vale salientar que os dados

de Maceió-AL para causas externas são considerados de boa qualidade:^{29,30} para o período de 2007 a 2012, 0,3% dos óbitos por causas externas representam registros de intencionalidade indeterminada.

O Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM – tem apresentado melhora de cobertura e de qualidade, no decorrer dos últimos anos, constituindo-se no sistema-base para a análise da mortalidade no país.⁷ O estudo em tela revela o município de Maceió-AL com altas taxas de homicídios, que, embora tenham diminuído discretamente no ano de 2012, permanecem elevadas.

A magnitude exacerbada da violência letal torna evidente a necessidade de mais estudos para investigar o tema sob diferentes olhares, dirigidos a suas vítimas e autores, abordando as políticas públicas intersectorais (focadas na prevenção e combate à violência) assim como o Sistema de Justiça Criminal brasileiro e a questão da impunidade desses crimes.

Recomenda-se que os resultados obtidos, apresentados aqui, sejam utilizados como subsídio para o diálogo entre os diversos setores da Saúde e da Segurança públicas na implantação de estratégias efetivas de prevenção e controle da violência.

Contribuição dos autores

Alves WA e Correia DS contribuíram na concepção e delineamento do estudo, redação e revisão crítica do conteúdo.

Barbosa LLB, Lopes LM e Melânia MIASM foram responsáveis pela análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do conteúdo.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e declaram serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 340 p.
3. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 132 p.
4. United Nations Office on Drugs and Crime. Global study on homicide 2013: trends, contexts, data [Internet]. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2013 [cited 2014 Jul 11]. Available from: <http://www.unodc.org/gsh/>
5. Soares Filho AM, Souza MFM, Gazal-Carvalho C, Malta DC, Alencar AP, Silva MMA, et al. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2007 mar;16(1):7-18.

6. Pimenta JFG. Violência: prevenção e controle no Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2007 mar;16(1):5-6.
7. Nascimento AF, Morais Neto OL. Como morrem os brasileiros: ranking e tendências das taxas de mortalidade por grupo de causas no Brasil e regiões, 2000 a 2011. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Saúde Brasil 2012: uma análise de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. p. 203-14.
8. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2013: homicídios e juventude no Brasil [Internet]. Brasília: Secretaria Nacional de Juventude; 2013 [citado 2014 jul 15]. 98 p. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/mapa2013_homicidios_juventude.pdf
9. Campos MEAL, Ferreira LOC, Barros MDA, Silva HL. Mortes por homicídio em município da Região Nordeste do Brasil, 2004-2006 a partir de dados policiais. *Epidemiol Serv Saude*. 2011 jun;20(2):151-9.
10. Geneva Declaration. Global burden of armed violence [Internet]; 2011 [citado 2014 Mar 31]. Available from: <http://www.genevadeclaration.org/measurability/global-burden-of-armed-violence/global-burden-of-armed-violence-2011.html>
11. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil [Internet]. Brasília: Secretaria Nacional de Juventude; 2014 [citado 2014 jul 17]. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010 [Internet]; 2010 [citado 2014 mar 31]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>
13. Ministério da Saúde (BR). A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 2014 ago 5]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf
14. Matos SG, Proietti FA, Barata RCB. Confiabilidade da informação sobre mortalidade por violência em Belo Horizonte, MG. *Rev Saude Publica*. 2007 fev;41(1):76-84.
15. Barbosa AMF, Ferreira LOC, Barros MDA. Análise da mortalidade por homicídios no Recife-PE: tendências no período entre 1997 e 2006. *Epidemiol Serv Saude*. 2011 jun;20(2):131-40.
16. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). *Classificação Brasileira de Ocupações*. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2010. 828 p.
17. Freire FHM, Cirne RCBA, Araújo FHM, Andrade RCB, Oliveira JM. Projeção populacional intra-urbana para 2020 da Região Metropolitana de Natal. In: *Anais do 16º Encontro Nacional de Estudos Populacionais*; 2008 set 29 a out 3; Caxambu, MG. São Paulo: UNICAMP; 2008 [citado 2014 out 16]. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1584.pdf
18. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde (Tabnet). Demográficas e socioeconômicas [Internet]; 2014 [citado 2014 mai 7]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>
19. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Vol. 7. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública [Internet]; 2013 [citado 2014 fev]. Disponível em: <http://www2.forumseguranca.org.br/novo/produtos/anuario-brasileiro-de-seguranca-publica/7a-edicao>
20. Carvalho MS. Violência urbana: breves considerações sobre a cidade de Londrina. In: *10º Colóquio Internacional de Geocrítica* [Internet]; 2008 mai 26-30. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2008 [citado 2014 jan 31]. Disponível em: <http://www.ub.edu/geocrit/-xcol/97.htm>
21. Sant'Anna A, Aerts D, Lopes JM. Homicídios entre adolescentes no Sul do Brasil: situações de vulnerabilidade segundo seus familiares. *Cad Saude Publica*. 2005 jan-fev;21(1):120-9.
22. Souza ER, Lima MLC, Bezerra EAD. Homicides in Brazil: evolution and impacts. In: Lovisi GM, Mari JJ, Valencia E, editors. *The psychological impact of living under violence and poverty in Brazil*. New York: Nova Science; 2010. 152 p.
23. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do §8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres e da convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência

- Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2006 ago 8; Seção 1:1
24. Pan American Health Organization. Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington: Pan American Health Organization; 2012. 164 p.
25. Briceño-León R. La comprensión de los homicídios en América Latina: ¿Pobreza o institucionalidad? *Cienc Saude Coletiva*. 2012 dec;17(12):3159-70.
26. Mansano NH, Gutierrez MM, Ramalho W, Duarte EC. Homicídios em homens jovens de 10 a 24 anos e condições sociais em municípios do Paraná e Santa Catarina, Brasil, 2001 - 2010. *Epidemiol Serv Saude*. 2013 jun;22(2):203-14.
27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 92 p.
28. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em saúde pública: possibilidades e limites. *Interface*. 2009 out-dez;13(31):383-94.
29. Escola de Direito de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. O homicídio em três cidades brasileiras. In: Figueiredo IS, Neme C, Lima CSL, organizadores. *Homicídios no Brasil: registro e fluxo de informações*. Brasília: Ministério da Justiça; 2013. p. 9-70. (Coleção pensando a segurança pública; v. 1)
30. Associação Cultural e de Pesquisa Noel Rosa. Mortes violentas no Brasil: uma análise do fluxo de informações. In: Figueiredo IS, Neme C, Lima CSL, organizadores. *Homicídios no Brasil: registro e fluxo de informações*. Brasília: Ministério da Justiça; 2013. p. 329-409.

Recebido em 01/12/2013
Aprovado em 19/10/2014