Marcelo Ryngelblum

Violência policial letal no município de São Paulo (2014-2015): qualidade dos dados, estimativa do número de óbitos, perfil das vítimas e distribuição espacial

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda Tourinho
Peres

São Paulo

2020

Marcelo Ryngelblum

Violência policial letal no município de São Paulo (2014-2015): qualidade dos dados, estimativa do número de óbitos, perfil das vítimas e distribuição espacial

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda Tourinho
Peres

São Paulo

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Ryngelblum, Marcelo

Violência policial letal no município de São Paulo (2014-2015) : qualidade dos dados, estimativa do número de óbitos, perfil das vítimas e distribuição espacial / Marcelo Ryngelblum. -- São Paulo, 2020.

Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Saúde Coletiva.

Orientadora: Maria Fernanda Tourinho Peres.

Descritores: 1.Intervenção legal 2.Polícia
3.Violência 4.Qualidade dos dados 5.Registros de mortalidade 6.Violência com arma de fogo 7.Causa básica de morte

USP/FM/DBD-285/20

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Agradecimentos

Agradeço a Maria Fernanda, orientadora desta pesquisa, pela confiança, parceria e diálogo, que fizeram toda a diferença no resultado deste trabalho.

Aos professores e funcionários da Faculdade Medicina e da Faculdade de Saúde Pública da USP pelo compromisso com a qualidade e excelência do ensino público, que contribuíram diretamente com este trabalho e com minha formação acadêmica.

Agradeço a FAPESP e a CAPES pela bolsa de estudo (processo nº 2018/11773-4, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)) que foi fundamental para a realização desta dissertação com dedicação integral e com qualidade.

Agradeço profundamente à Secretaria Municipal de Saúde, ao CEINFO, ao PROAIM e à Secretaria de Segurança Pública pela cessão dos dados utilizados neste trabalho.

Também agradeço à banca de qualificação pelos importantes apontamentos para meu caminho de pesquisa.

Sou grato ao grupo do SP-Proso pelo acolhimento e valiosas contribuições ao longo deste processo, em especial: Fernanda, Roberta, Maria, Lorruan, Cássio, Daniel e Letícia.

Aos meus pais por me ensinarem o valor da educação.

Aos meus companheiros do É de Lei e da A Casa pelo aprendizado, convivência e generosidade durante meu processo de mestrado.

E para aqueles que estiveram do meu lado nessa caminhada: Érika, Gordo, Grabarz, Mauro, Ivan, Val e Japa.

Normalização Adotada

Esta dissertação ou tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação: Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

1. Apresentação	1
2. Introdução	4
2.1. Violência e Saúde	4
2.2. Violência Policial no Brasil	8
2.3. Violência Policial e Saúde	13
3. Objetivos	21
4. Produção das Informações sobre VPL no Brasil: Potenciais e Limitações	22
4.1. Do corpo a DO: o caminho burocrático das mortes ou “matar o morto”	22
4.2. A Declaração de Óbito (DO)	28
4.3. Sistema de informação sobre Mortalidade (SIM)	32
4.4. Programa de Aperfeiçoamento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo (PROAIM)	35
4.5. Mortes Decorrentes de Intervenção Policial (MDIP): da morte à classificação administrativa pela SSP-SP	37
5. Metodologia	40
5.1. Delineamento	40
6. Resultados	57
6.1. Análise de Completude	57
6.1.1. Análise de Completude das Declarações de Óbito (DO-2014-2015)	57
6.2. Busca e Reclassificação	65
6.2.1. Busca e Reclassificação das vítimas que possuíam nome no BO	65
6.2.2. Busca e Reclassificação das vítimas que não possuíam nome no BO	67
6.2.3. Total dos casos pareados e reclassificados	68
6.3. Estimativa do número de mortes provocadas pela polícia nos anos de 2014 e 2015	69
6.4. Caracterização Sociodemográfica	73
6.5. Distribuição Espacial da Violência Policial Letal no Municípios de São Paulo	77
8. Conclusão	113
9. Bibliografia	114

Lista de Abreviações

AIC - *Akaike Information Criteria*

BO – Boletim de Ocorrência

CAP - Coordenadoria de Análise Planejamento

CET – Companhia de Engenharia de Tráfego

CID-10 – 10ª Revisão da Classificação Internacional das doenças

CONDEPE - Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana

CVE-ESP - Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo

DO – Declaração de óbito

ESP – Estado de São Paulo

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IML – Instituto Médico Legal

IQR – Intervalo interquartil

LAI - lei de acesso à informação

LISA - Índice de Moran Local Univariado

MDIP – Morte decorrente de homicídio por intervenção policial

MS – Ministério da Saúde

MSE – Multiple System Estimation

MSP – Município de São Paulo

PAF - projétil de armas de fogo

PC – Polícia Civil

PM – Polícia Militar

PNRMMAV – Política Nacional para Redução da morbimortalidade por acidentes e violências

PROAIM – Programa de Aprimoramento das Informações sobre Mortalidade

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SIS – Sistema de Informação em Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SSP – Secretaria de Segurança Pública

STF - Superior Tribunal Federal

VP – Violência Policial

VPL – Violência Policial Letal

Listas de gráficos, figuras, tabelas mapas e quadros

Gráficos

Gráfico 1- Evolução das mortes causadas pela polícia no Município de São Paulo (2002-2015)	19
Gráfico 2- Distribuição dos óbitos segundo causa básica. Município de São Paulo. SSP/SP e PROAIM, 2014 e 2015	58
Gráfico 3- Completude (%) dos campos constantes das DO dos casos classificados em sua causa básica como Y35 (Intervenção Legal). Município de São Paulo. PROAIM, 2014 e 2015	59
Gráfico 4- Completude dos campos constantes das declarações de óbito dos casos classificados em sua causa básica como X72-74, R99, X93-94, Y24. Município de São Paulo, PROAIM, 2014 e 2015	61
Gráfico 5- Completude das informações nos BOs de ocorrência de Homicídio por Intervenção Policial. Município de São Paulo, SSP/SP – 2014 e 2015	63
Gráfico 6- Distribuição dos óbitos pareados pelo nome segundo a causa básica registrada na Declaração de óbito (n=495). Município de São Paulo, PROAIM, 2014 e 2015	66
Gráfico 7- Distribuição dos óbitos pareados sem nome na BO segundo a causa básica registrada na Declaração de óbito (n=231). Município de São Paulo, PROAIM, 2014 e 2015	67
Gráfico 8- Dez distritos administrativos do Município de São Paulo com maior número de óbitos por intervenção Legal (Y35). PROAIM, 2014 e 2015	80
Gráfico 9- Incremento no número absoluto de óbitos por Intervenção Legal nos dez distritos com maior número de óbitos no Município de São Paulo. PROAIM, 2014 e 2015	81
Gráfico 10- Incremento Relativo (%) no número de óbitos por Intervenção Legal nos dez distritos com maior percentagem de óbitos no Município de São Paulo. PROAIM, 2014 e 2015	82
Gráfico 11- Taxa de mortalidade por Intervenção Legal antes e após a reclassificação nos dez distritos com maiores Taxa de mortalidade após reclassificação. Município de São Paulo, PROAIM, 2014 e 2015	83
Gráfico 12- Incremento absoluto taxa de mortalidade por Intervenção Legal nos dez distritos com maior incremento no Município de São Paulo, PROAIM, 2014 e 2015	84
Gráfico 13- Incremento relativo (%) da taxa de mortalidade por Intervenção Legal nos dez distritos com maior incremento no Município de São Paulo. PROAIM, 2014 e 2015- PROAIM, 2014 e 2015.	85

Figuras

Figura 1- Distribuição de Óbitos por Listas considerando os casos de MDIP (794) e os casos reclassificados como Intervenção Legal (Y35). São Paulo, SSP/SP e PROAIM, 2014 e 2015	69

Tabelas

Tabela 1 - Modelos log-lineares de experimentos de captura-recaptura de população fechada para estimativas de casos de VPL. Município de São Paulo, SSP-SP e PROAIM, 2014 e 2015	70
Tabela 2 - Taxas de Violência Policial Letal por 100/habitantes no Município de São Paulo. SSP-SP e PROAIM, 2014 e 2015	71
Tabela 3- Caracterização Sociodemográfica das vítimas de violência policial letal. Município de São Paulo, SSP-SP e PROAIM, 2014 e 2015	74
Tabela 4 - Autocorrelação espacial das mortes pela polícia no Município de São Paulo (Índice Global de Moran-I). PROAIM, 2014 e 2015	88
Tabela 5 - Dez distritos do Município de São Paulo com maiores números de Mortes decorrentes da intervenção Policial. SSP-SP-2014 e 2015	92

Mapas

Mapa 1- Mapa de Incremento Absoluto (n) no número de óbitos (A) e Mapa de Incremento Relativo (%) nos óbitos (B) após reclassificação de óbitos por Intervenção Legal (Y35). Município de São Paulo, PROAIM, 2014 e 2015	82
Mapa 2 - Mapa de Incremento Absoluto (n) na Taxa de Mortalidade (A) e Mapa de Incremento Relativo (%) na Taxa de Mortalidade (B) após reclassificação de óbitos por Intervenção Legal (Y35) no Município de São Paulo. PROAIM, 2014 e 2015	85
Mapa 3 - Distribuição espacial das taxas Brutas de mortalidade por Intervenção Legal (Y35) antes (A) e após (B) a reclassificação dos óbitos no Município de São Paulo. PROAIM, 2014 e 2015	88
Mapa 4 - Índice de Moran Local Univariado (LISA) para as os endereços de residência das vítimas no Município de São Paulo. PROAIM, 2014 e 2015	90
Mapa 5- Distribuição espacial da Taxa Bruta de mortalidade decorrente da intervenção policial no Município de São Paulo. SSP-SP-2014 e 2015	93
Mapa 6 - Índice de Moran Local Univariado (LISA) para os endereços de confronto fatal com a polícia. Município de São Paulo, SSP-SP-2014 e 2015	94

Quadros

Quadro 1 - Número de casos registrados, corrigidos e estimados de VPL e estimativas de subnotificação de informação no Município de São Paulo. SSP-SP e PROAIM, 2014 e 2015	71

RESUMO

Ryngelblum M. *Violência policial letal no município de São Paulo (2014-2015): qualidade dos dados, estimativa do número de óbitos, perfil das vítimas e distribuição espacial* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2020.

INTRODUÇÃO: A violência policial letal (VPL) é um assunto de saúde pública e deve ser monitorada. Embora o Sistema de Informação da Mortalidade (SIM) seja o registro mais confiável sobre mortes por agressão, o mesmo não acontece quando analisamos as mortes cometidas por policiais. Apesar do uso crescente, a categoria da 10a revisão da Classificação Internacional das doenças (CID10), Intervenção Legal (Y35), que designa as mortes cometidas por policiais, continua apresentando um alto grau de subnotificação se comparado aos dados relativos da Secretaria de Segurança Pública de São Paulo (SSP-SP). Este trabalho se debruça na produção de dados de mortes cometidas por policiais na saúde, registrados no SIM, no município de São Paulo, entre os anos de 2014 e 2015, a partir da análise de completude, abrangência e alcance e análises da distribuição espacial do fenômeno. **MÉTODOS:** O presente trabalho possui três eixos complementares. O primeiro eixo consiste em um estudo epidemiológico descritivo de avaliação da qualidade da informação do SIM a respeito dos óbitos causados pela ação policial. O segundo eixo consiste na vinculação dos dados de mortalidade do SIM com os dados da SSP-SP, que nos possibilitou a descrição do uso das causas básicas de morte mais frequentes nos óbitos cometidos por arma de fogo envolvendo policiais no MSP. Com a vinculação dos dados foi possível também estimar a subnotificação da violência policial letal, nos dados do SIM, nos dados da SSP-SP, bem como estimar a Taxa de mortalidade pela atividade policial no município de São Paulo. Já o terceiro eixo compreende um estudo de tipo ecológico que tem como objetivo analisar a distribuição espacial das mortes decorrentes da atividade policial. **RESULTADOS:** Vimos que tanto o SIM como a SSP-SP subnotificam as mortes cometidas por policiais, no entanto, em magnitudes distintas, quando utilizamos as estimativas apontadas via capture-recapture/Multiple System Estimation (MSE) (53,2% no SIM e 7,9% na SSP). A reclassificação dos óbitos a partir da vinculação gerou um ganho substancial por parte do SIM, que passou a ter a mesma taxa média de mortalidade do que a SSP (3,44/100 mil), diminuindo a subnotificação em comparação com o cenário inicial. A partir da vinculação das duas bases de dados vimos que a maior parte dos óbitos foram classificados incorretamente (53%), sendo a categoria “Agressão por Disparo de Armas de Fogo- Não

Especificada” (X93-95) a mais frequentemente utilizada (50%). Apesar da SSP-SP reportar mais casos, seus dados são, na maioria da vezes, incompletos quando nos detemos nas características sociodemográficas das vítimas, possuindo qualidade inferior na completude dos dados, com altos percentuais de informação faltante. Já o SIM, apesar de reportar menos casos de VPL, possui qualidade excelente no quesito completude (>95%) nos campos de nosso interesse. Apesar das diferenças no número total de óbitos, as informações sociodemográficas disponíveis nas duas fontes são coincidentes: a maioria das vítimas era jovem e negra, quase todas do sexo masculino, com baixa escolaridade, morando na periferia. Com a análise espacial realizamos uma descrição da forma pelo qual a VPL é direcionada a territórios específicos da cidade, seja ela direcionada a grupos vivendo e circulando em territórios específicos da cidade, com os dados de moradias que apontam para padrões de segregação urbana, seja ela nos locais que concentram a violência e que reatualizam as desigualdades sociais e a violência institucional. Ademais, vimos como existe um padrão espacial de subnotificação deste tipo de evento, se concentrando na região Sul do município.

CONCLUSÕES: O reconhecimento da violência policial como problema de saúde pública é recente. Objetivamos contribuir para a aproximação do campo da saúde com o tema da violência policial e constatamos ainda o frágil reconhecimento da problemática. Embora o impacto social e de saúde da violência policial seja reconhecido, seu estudo sistemático continua sendo um desafio. O registro correto da morte é o primeiro passo para o direito à justiça e à verdade. Registrar com qualidade é garantir o direito à informação, sendo este não um fim em si, mas apenas o começo na tarefa da prevenção. Recomendamos o compartilhamento contínuo de dados e a criação de um grupo de trabalho intersetorial com o objetivo monitorar os casos de violência policial com a participação de diversas secretarias, em especial a da Saúde e da Segurança Pública. Ademais, a vinculação das bases de dados deve ser realizada regularmente no nível secretarial, garantindo que São Paulo seja uma das primeiras cidades no mundo a monitorar este tipo de evento com excelência, primeiro passo para ações de enfrentamento da violência policial letal.

Descritores: Intervenção legal; Polícia; Violência; Qualidade dos dados; Registros de mortalidade; Violência com arma de fogo; Causa básica de morte.

ABSTRACT

Ryngelblum M. *Lethal police violence in the city of São Paulo (2014-2015): data quality, estimation of the number of deaths, profile of victims and spatial distribution* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2020.

INTRODUCTION: Lethal police violence (LPV) is a public health issue and should be monitored. Although the Mortality Information System (SIM) is the most reliable record of deaths from assault, the same is not the case when we analyze deaths committed by police officers. Despite increasing use, Legal Intervention (Y35), the category of the 10th revision of the International Classification of Diseases (ICD10), which specifies the deaths committed by police officers, continues to show a high degree of underreporting compared to the relative data of the Secretary of Public Security of São Paulo (SSP-SP). This work focuses on the production of health data on deaths committed by police officers, more specifically registered in the SIM, in the city of São Paulo (CSP), between 2014 and 2015, based on the analysis of completeness, scope and the spatial distribution of the phenomenon. **METHODS:** The present work has three complementary axes. The first axis consists of a descriptive epidemiological study to assess the quality of SIM information about deaths caused by police action. The second axis consists of the association of mortality data (SIM) with SSP-SP data, which allowed us to describe the use of the most frequent causes of deaths by firearms involving police officers in the city of São Paulo. The data linkage made it also possible to estimate the underreporting of lethal police violence, in the SIM data, in the SSP-SP data, as well as in estimating the mortality rate from police activity in the city of São Paulo. The third axis comprises an ecological study that aims to analyze the spatial distribution of deaths resulting from police activity. **RESULTS:** We saw that both the SIM and the SSP-SP underreport the deaths committed by police, however, in different magnitudes, when we use the estimates indicated via MSE (53.2% in the SIM and 7.9% in the SSP). The reclassification of deaths obtained from the data association generated a substantial gain on the part of SIM, which now has the same average mortality rate as the SSP (3.44 / 100 thousand), having reduced the underreporting compared to the initial scenario. From the association of the two databases, we saw that most deaths were incorrectly classified (53%), with the category “Assault by arms Firing - Unspecified” (X93-95) being the most frequently used (50 %). Although the SSP-SP reporting of more cases, its data are in general incomplete when we focus on the sociodemographic characteristics of the victims, with inferior completeness of the data, missing high percentages of information. SIM, on the other hand, despite reporting fewer cases of LPV, has excels in terms of completeness (> 95%) in the fields of our interest. Despite the differences in the total number of deaths, the sociodemographic information available from the two sources are coincident: most of the victims were young and black, almost all male, with low education levels, living in the periphery. With the spatial analysis, we performed a description of how LPV is targeted to specific territories in the city,

either being directed at groups living and circulating in specific territories in the city, with the housing data (SIM) pointing to patterns of urban segregation, or being directed to places that concentrate violence, social inequalities and institutional violence (SSP-SP). Furthermore, we saw how there is a spatial pattern of underreporting for this type of event, focusing on the southern region of the municipality. **CONCLUSIONS:** The recognition of police violence as a public health problem is recent. We aim to contribute to bring the health field closer to the theme of police violence and we also note the still frail recognition of the problem. Although the social and health impact of police violence is recognized, its systematic study remains a challenge. The correct death registration is the first step towards the right to justice and truth. To register a death appropriately is a guarantee to the right of information, which is not a goal in itself, but only the beginning in the activity of violence prevention. We recommend the continuous sharing of data and the creation of an intersectoral working group with the objective of monitoring cases of police violence with the participation of several secretaries, especially that of Health and Public Security. Furthermore, the association of the databases must be carried out regularly at the secretarial level, ensuring that São Paulo is one of the first cities in the world to monitor this type of event with excellence, the first step towards actions to combat lethal police violence.

Descriptors: Legal intervention; Police; Violence; Data quality; Mortality registries; Gun violence; Underlying cause of death.

1. APRESENTAÇÃO

O ano de 2020, ano final da conclusão desta dissertação de mestrado, evidenciou a brutalidade policial, hoje filmada e compartilhada nas redes sociais, com o caso George Floyd e sua repercussão mundial. Centenas de cidades pelo mundo foram ocupadas pela população, exigindo justiça e equidade racial sob a bandeira do “Black Lives Matters” (Vida Negras Importam). “ I Can’t Breathe”, eu não consigo respirar, diziam os manifestantes, repetindo as últimas palavras de George Floyd antes de morrer em decorrência da violência policial letal (VPL), e que também se tornou o grito por justiça racial que ecoa mundo afora.

Também em 2020, testemunhamos a crise da Covid-19, que destacou a importância da produção de dados em saúde, que se tornou objeto de controvérsia pública, com suas imprecisões e disputas de versões, em meio à maior crise humanitária e de saúde desde a 2ª Guerra Mundial. Um dos principais pontos de tensão da crise da Covid-19 foi a baixa confiabilidade dos dados divulgados pelo Governo Federal, que levou os maiores veículos de imprensa no Brasil a iniciarem um consórcio inédito realizando uma contagem paralela a oficial.

Talvez a palavra do ano de 2020 seja subnotificação. A crise do Covid-19 nos mostra, a duras penas, a importância da produção de dados em saúde, e seu valor público, uma vez que esta deveria subsidiar as decisões dos gestores públicos, balizando as políticas sociais e de saúde, ao mesmo tempo que permite à sociedade como um todo, através da transparência e da garantia de acesso, a participação social e o direito à informação.

O presente trabalho se encontra na intersecção destes temas, uma zona cinzenta e pouco estudada, que é a produção dos dados sobre VPL no setor saúde, mais especificamente no Sistema de Informação da Mortalidade (SIM) do Município de São Paulo (MSP).

Podemos afirmar que a problemática da subnotificação da VPL no SIM não é exclusividade do MSP e do Estado de São Paulo (ESP), mas um problema brasileiro e mundial. Poucos estudos se

debruçaram sobre a produção dos dados de VPL na saúde, e os poucos que fizeram, como mostraremos mais adiante, constataram subnotificação crônica deste fenômeno nos sistemas de informação em saúde. Pouco se sabe para além da constatação de subnotificação.

O que está em questão é a qualidade de dados sobre a violência policial no SIM, de modo que este possa apresentar uma boa qualidade, tanto nas questões relativas à completude das informações, quanto na sua abrangência e alcance, para o conhecimento da VPL, o que possibilitaria um aprofundamento do debate e ferramentas de análise que ampliariam a discussão dos aspectos operacionais da polícia e dos impactos da violência policial na saúde das populações. Para tal é necessário transparência e dados confiáveis que permitam balizar o debate público.

Organizamos este trabalho em cinco capítulos: na introdução, apresentamos de maneira breve o tema da violência policial no Brasil, da relação entre o fenômeno da violência e o campo da Saúde e por fim, o tema da violência policial e o campo da Saúde. No segundo capítulo, “A produção das informações sobre VPL no Brasil: potenciais e limitações”, discutiremos a produção de dados de VPL na Saúde e na Segurança Pública, suas potências e limitações para o monitoramento da VPL. Na Metodologia, nos debruçaremos nos diversos métodos empregados neste trabalho. No capítulo resultado, exporemos os resultados encontrados, e por fim, nas considerações finais, realizaremos o debate dos resultados com a literatura, apontando caminhos para a melhoria da produção de dados de VPL na saúde, e uma série de recomendações para o melhoramento do monitoramento da VPL em São Paulo e no Brasil.

Nossas principais contribuições com a realização deste estudo, são:

1. Mensurar a magnitude da subnotificação da VPL no MSP pelo SIM e pela SSP, através do *linkage* das respectivas bases de dados e da metodologia *do capture/recapture (Multiple System Estimation (MSE))*;

2. Identificar as principais Causas Básicas de Óbito (CID-10) utilizadas pelos médicos legistas na Declaração de Óbito (DO), quando não utilizada a categoria Intervenção Legal (Y35-CID10), nos possibilitando a reclassificação destes óbitos com a causa básica correta;

3. Avaliar a qualidade da informação sobre VPL no SIM e na SSP, no que se refere à completude;

4. Estimar a taxa de mortalidade por VPL no MSP, antes e depois da reclassificação dos óbitos;

5. Realizar uma descrição sociodemográfica das vítimas a partir da SSP e do SIM, antes e depois da reclassificação dos óbitos;

6. Conhecer como essas mortes se distribuem no espaço considerando onde as vítimas moram e onde os eventos violentos aconteceram. Comparar os padrões de mortalidade antes e depois da reclassificação dos óbitos e sua subnotificação;

7. Contribuir para a literatura do campo da saúde coletiva, que tem tradição nos estudos sobre violência, mas ainda produz pouca literatura sobre violência policial (VP).

2. INTRODUÇÃO

2.1. Violência e Saúde

Nos últimos anos têm crescido o consenso de que a violência é um dos principais problemas de saúde pública no mundo (OMS, 2002). Desde os anos 1970, uma série de informes, resoluções, atividades e pesquisas vem endereçando as múltiplas formas de violência e seus impactos como um assunto a ser abordado e discutido a partir do prisma da saúde pública (Abad, 1962; Zwi et Ugalde, 1989; Dahlberg e Krug, 2006).

Em 1996, a Organização Mundial de Saúde, em seu encontro com as lideranças globais, pactuou em conjunto com os países-membros o combate à violência como um dos temas prioritários de saúde global, recomendando a realização de diagnósticos das realidades locais, avaliação e criação de medidas para a prevenção e mitigação dos seus efeitos (OMS, 1996). Segundo a OMS a violência é definida como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002).

Quando nos detemos nas múltiplas formas de violência, a violência física é a forma mais evidente e extrema de agressão, resultando em lesão, invalidez e na sua manifestação total, que é a morte. Para além da violência física, outros tipos de manifestações compõem a tipologia dos atos violentos, sendo muitas vezes negligenciados e minimizados, não sendo sequer compreendidos e nomeados pela sociedade enquanto tal, são elas (Brasil, 2001):

a) a violência psicológica que nomeia abusos, agressões verbais, humilhação, rejeição, restrição de liberdade e convívio social; b) a violência sexual, que diz respeito a utilização do corpo do outro

sem consentimento para a prática sexual, erótica, pornográfica impostas por meio de aliciamento, violência física, ameaça, coação, humilhação etc.; c) as negligências e abandonos, que são definidos como ausência, recusa dos cuidados necessários a outrem que deveria receber estes cuidados.

Segundo Agudelo (1990), a violência interfere na saúde na medida que representa um risco ao processo de realização humana, pois ameaça a vida, gera enfermidade e provoca a morte. As mortes violentas, entretanto, refletem apenas uma pequena parte do peso da violência na sociedade. Para além da morte, as consequências físicas e mentais da violência podem persistir após longo período, uma vez que elas se acumulam, e na maioria das vezes as vítimas experienciam diferentes tipos de violência simultaneamente e múltiplos episódios ao longo da vida (Mercy, 2003). Além disso, a violência afeta a saúde porque ela diminui a qualidade de vida das coletividades e das pessoas, exigindo uma readequação dos serviços de saúde e colocando novos problemas para a sua prevenção e seu tratamento (Minayo, 2006).

Embora alguns autores, como Mello-Jorge e Yunes (2001) argumentem que o setor saúde “não cria, não incrementa, nem desenvolve a violência” – afirmação bastante polêmica e imprecisa, uma vez que o setor saúde pode contribuir para a reprodução das violências - é neste setor que recai o seu maior ônus, que se materializam em mortes, agravos e morbidades, sofrimento e custos econômicos para o Sistema de Saúde e para sociedade.

Para além dos efeitos diretos à saúde das populações e à organização dos serviços, Wright (2006) afirma que a exposição à violência gera uma atmosfera de medo e insegurança produzindo relações de desconfiança, comprometendo a construção de relações comunitárias e redes de apoio social e afetivo, fatores associados a melhores condições de vida e saúde. Além disso, são muitos os estudos que demonstram que a violência, em especial os homicídios, se distribuem de forma desigual no espaço e nos grupos sociais, vitimando sobretudo as populações vulneráveis (Ceccato et al., 2007; Amparo-Alves, 2010; Adao, 2017; Oliveira et al., 2019).

Neste sentido, Kawachi et. al, (1999) defendem que os níveis de criminalidade e violência (quantidade e os tipos cometidos), estão intimamente ligados à desorganização social, ao baixo capital social e aos altos níveis de privações. Para eles, os crimes podem ser considerados indicadores coletivos de bem-estar, uma vez que se constituem uma espécie de espelho no qual é possível refletir as relações sociais e evidenciar as contradições na produção coletiva de saúde e suas iniquidades. O estudo dos homicídios permite, para os autores, compreender o papel das estruturas sociais na produção de saúde e apreender as relações sociais desiguais e seus impactos desproporcionais, se considerarmos as questões de gênero, raça, classe, idade e local de moradia.

Embora a violência não seja objeto restrito e específico da área da saúde, é crescente a participação do setor na formulação de questões, reflexões e respostas ao problema (Minayo, 2010). Historicamente, o enfoque do setor saúde na formulação de respostas ao fenômeno tem sido curativo e assistencial, no entanto, tem sido possível observar o crescimento recente e o redirecionamento das medidas para um enfoque preventivo e de promoção à saúde, que dialoga com o conceito ampliado de saúde, que comporta em si não só o bem-estar individual, mas o coletivo (Minayo, 2006).

No Brasil, este redirecionamento se reflete nas diretrizes da portaria nº 737/2001, documento denominado “Política Nacional para Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMMAV)”, que pode ser considerado o marco institucional do reconhecimento do setor no enfrentamento às violências. A PNRMMAV reconhece formalmente a violência como um problema de saúde pública no Brasil, afirmando a importância de medidas preventivas, e aposta na intersetorialidade mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas com o objetivo de reduzir a morbimortalidade por acidentes e violências no País. Quando nos detemos a analisar os vinte anos de homologação da PNRMMAV, podemos observar o acúmulo de conhecimento, experiências e resultados da aproximação do campo da saúde com o tema da violência no Brasil.

É importante ressaltar que desde os anos de 1980 ocorreu no país uma mudança significativa nos padrões de mortalidade. De quarto lugar na taxa de mortalidade, o grupo de óbitos por causas externas passou para segunda posição, estando atrás apenas das doenças cardiovasculares. A ‘transição epidemiológica’, se deu com aumento expressivo dos casos de homicídio - ‘o grande inimigo da saúde pública’ (Souza, 1994) - gerando preocupação em profissionais, gestores, acadêmicos e sociedade civil em geral, tornando-se uma problemática prioritária para o campo da saúde.

Nestes últimos 30 anos acompanhamos o aumento vertiginoso dos homicídios no país, que foram de cerca de 32 mil óbitos nos anos de 1990 para cerca de 60 mil no final dos anos de 2020, em sua maioria cometidos por arma de fogo (IPEA/FBSP, 2020). Segundo os dados do SUS (SVS,s/d), em 2016, a violência interpessoal continua como uma das principais causas de óbito no Brasil, ocupando a 6ª posição entre todas as causas, e a primeira entre crianças e jovens. Quando consideramos apenas os jovens (15 a 29 anos) do sexo masculino vemos a impressionante taxa de mortalidade de 112,4 óbitos/100 mil habitantes em 2018 (IPEA/FBSP, 2020).

Embora PNRMMAV não tenha tido impacto na tendência de crescimento dos homicídios no país, Minayo (2018) aponta os principais avanços na agenda da violência no campo da saúde pública desde a sua promulgação:

a) expansão e consolidação da ideia de que a violência pode ser prevenida com o desenvolvimento de políticas e programas de prevenção; b) reconhecimento da magnitude e dos efeitos das violências contra crianças e adolescentes, e a adoção de uma perspectiva preventiva aliada à reafirmação dos direitos das crianças e dos adolescentes; c) o combate à violência de gênero; d) e a prevenção e combate à violência contra a pessoa idosa.

Para a autora também é possível notar o aumento de ações e pesquisas sobre as violências de trânsito, violência no trabalho, violência étnico-racial, violência direcionada à população com deficiência e desenvolvimentos atípicos e a violência direcionada à população LGBTQIA+ .

Contudo, apesar de o Brasil ser um dos países com a maior número de mortes cometidas por policiais no mundo (Nunes, 2018), poucos estudos e experiências práticas no campo da saúde coletiva atuam nesta temática. Apesar dos esforços iniciais nos anos 1970, principalmente na Colômbia, de se debruçar sobre as consequências deletérias da violência política e de Estado na saúde (Abad, 1962; Zwi et Ugalde, 1989), encontramos poucos estudos e experiências refletindo sobre essa temática em países da América Latina e no Mundo, sendo os EUA uma exceção. Pouca produção, beirando a inexistência, foi encontrada no Brasil, sendo que a ausência de estudos e experiências práticas, está longe de refletir a realidade local. A escassez de estudos brasileiros nesta interface constitui uma grande lacuna aos estudos de saúde coletiva.

A pergunta se haveria a necessidade de medir a violência policial e seus efeitos, uma vez que ela é imoral, indesejável e sua repercussão negativa na saúde individual e coletiva é bastante evidente, reafirma a necessidade de centrarmos nosso estudo neste tema, principalmente pelo momento político conturbado de valorização da barbárie e desrespeito à vida humana. Neste sentido, nos parece preocupante que diante do grave quadro de violência social e esgarçamento da confiança institucional e democrática no Brasil, haja um retraimento do campo da saúde coletiva dos debates sobre a violência de Estado e a violência policial. Se por um lado não podemos correr o risco de patologizar este grave problema da ordem social, propondo uma aproximação do setor saúde que corrobora com a lógica médico-centrada e meramente curativa, por outro lado, as análises no campo da saúde coletiva podem acrescentar elementos ao debate, que apesar de evidente, parece pouco ressoar na sociedade civil.

2.2. Violência Policial no Brasil

Iniciamos a pesquisa que culminou nesta dissertação de mestrado, no final de 2017, ano anterior ao ano eleitoral de 2018, que resultou na eleição de Jair Bolsonaro para presidente do Brasil. Terminamos esta dissertação em 2020, ano marcado pela pandemia de Covid-19 e pelos

massivos protestos antirracistas pelo mundo. Podemos dizer que os anos que decorreram a esta pesquisa de mestrado, foram anos intensos, marcados pela extrema polarização política no Brasil e no mundo. A eleição de 2018 parece ter mobilizado sentimentos difusos e reprimidos de parte da sociedade brasileira em relação à pauta da segurança pública. Munidos de um discurso bélico e com propostas de enfrentamento violento à criminalidade, diversos políticos se elegeram com pautas e discursos populistas de recrudescimento da violência.

Jair Bolsonaro, atual presidente do Brasil, capitão da reserva do Exército Brasileiro e admirador confesso da ditadura civil-militar brasileira (1964-1985), talvez seja o maior expoente dessa tendência. Bolsonaro, historicamente tem advogado por medidas ‘radicais’ para o enfrentamento da violência. Entre suas principais propostas de governo estava a flexibilização do porte e posse de armas para os cidadãos e a ampliação do excludente de ilicitude para agentes da segurança pública. Em um vídeo de uma reunião ministerial veiculado publicamente após decisão do Ministro Celso de Mello do Superior Tribunal Federal (STF), Bolsonaro exige compromisso de seus ministros com sua agenda e governo, e afirma que o “povo armado jamais será escravizado”, defendendo o amplo acesso de armas para a população e dando mostras do *ethos* do governo¹.

Bolsonaro promove uma política explícita de flexibilização das regras sobre armamento, com a diminuição de controle de armas e aumento de concessão de registros. Para além do efeito concreto e real de suas política, seus discursos violentos e beligerantes possuem repercussões simbólicas e narrativas, que fazem “circular e amplificar a violência” (Caldeira, 2000) e acabam por legitimar saídas violentas como formas efetivas de resolução de conflitos, autorizando todo tipo de saídas a margem da lei, seja por parte de agentes públicos, seja por parte de cidadãos que se sentem autorizados a se defenderem da insegurança com os meios que podem.

Segundo o Anuário de Segurança Pública (FBSP, 2019), no ano de 2018, 6.220 pessoas foram mortas pela polícia, representando 10% de todas as mortes violentas intencionais neste ano.

---

¹Reunião ministerial de Bolsonaro: assista ao vídeo na íntegra e leia transcrição. CNN. 22 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/2020/05/22/assista-ao-video-da-reuniao-ministerial-com-bolsonaro>. Acesso em: 19 de out. 2020

Em 2017, houve 5.144 homicídios cometidos pelas polícias, totalizando uma média de 14 mortes por intervenção policial por dia no Brasil (FBSP, 2018), um número bastante elevado quando comparamos com outros países. Segundo a comparação com outros países violentos (EUA, México, El Salvador e África do Sul) realizada por Nunes (2018), o Brasil é o segundo país com a maior taxa de mortes cometidas por policiais no ano de 2016 (2 mortes por 100 mil habitantes), atrás apenas de El Salvador (9 mortes por 100 mil habitantes), que vivencia uma violenta guerra entre gangues e a escalada da violência estatal.

Ao comparar a proporção de civis mortos em decorrência da atividade policial em relação ao total de homicídios dolosos por ano, Nunes (2018) aponta novamente o Brasil entre os países que mais cometem mortes por agentes de Estado proporcionalmente, com estes representando cerca de 8% dos homicídios dolosos em 2016, com uma tendência de crescimento quando analisamos a série histórica, chegando aos 10% em 2018 (FBSP, 2019). Novamente, no ano de 2016, o Brasil apenas perde para El Salvador. No entanto, quando nos atentamos para a série histórica, vemos que entre 2012 a 2015, o Brasil apresentou a maior proporção de óbitos por agentes de Estado quando comparado aos demais países selecionados.

O Estado de São Paulo (ESP) ao mesmo tempo que vivencia a drástica redução de homicídios desde os anos 2000, cujas razões não são inteiramente compreendidas (FBSP, 2018), acompanha simultaneamente o aumento das mortes cometidas por policiais, gerando altas porcentagens de mortes decorrentes da atividade policial quando consideramos todos os homicídios no Estado. No ano de 2017, as mortes decorrentes da atividade policial representaram cerca de 20% de todas as vítimas letais no ESP (Ouvidoria da Polícia do ESP, 2018). No ano de 2018, novamente as mortes por VPL representaram cerca de 20% de todas as mortes por violências intencionais no Estado, totalizando 851 óbitos (FBSP, 2019).

Apesar do alto número de mortos pela atividade policial e da postura de desestímulo aos enfrentamentos fatais por parte da Secretaria de Segurança Pública e dos dirigentes das polícias

(Ouvidoria da Polícia do ESP, 2018), acompanhamos o governador eleito João Dória impulsar grande parte de sua campanha pautando o combate implacável ao crime como principal bandeira de seu mandato, prometendo ‘padrão rota’ para a PM paulista, e se escorando principalmente na popularidade de Jair Bolsonaro, com o bordão “BolsoDória”. Após eleito, em 2018, em entrevista ao vivo para a TV Globo, a maior emissora de TV no Brasil, Dória alertou que “a partir de agora, em São Paulo, imobilização do bandido que estiver armado, se ele ainda assim reagir, ele não vai para a delegacia, nem para a prisão, ele vai para o cemitério”².

Em 2019 Dória, em um primeiro momento, desresponsabilizou a PM pelas 9 mortes causadas por uma ação policial desastrosa no baile *funk* na região de Paraisópolis. Já em 2020, testemunhamos o oportunismo político do governador João Dória e seu reposicionamento discursivo, se afastando de Bolsonaro e utilizando um tom bastante ameno e diferente ao utilizado em sua campanha política acerca da atuação policial, na esteira dos protestos mobilizados pela morte de George Floyd e a multiplicação de abusos policiais na mídia brasileira.

Em 2017, segundo os dados da própria SSP-SP, houve 943 vítimas de morte decorrente intervenção policial (MDIP) no Estado, sendo este o maior número da série histórica desde 2001. Em análise realizada pela própria Ouvidoria da Polícia do ESP com os dados relativos ao ano de 2017, em 77% das ocorrências foram identificados excessos. Dos casos analisados, 46% apresentaram excesso na legítima defesa, com o uso desproporcional de força frente ao risco e em 31%, a instituição identificou desproporcionalidade em ocorrências que sequer apresentaram confronto entre civis e policiais. Segundo os dados da Ouvidoria da Polícia do ESP (2018) conclui-se que houve indícios de uso inadequado da força letal na maioria das ocorrências de intervenção policial no ano pesquisado. São, portanto, mortes desnecessárias e evitáveis, que poderiam ter sido prevenidas.

2- AZEVEDO, Gabriela. Doria autoriza PM de SP a usar espingardas calibre 12 nas estradas e cidades. **SP2 (Globo)**. 11 jan 2019. Disponível em <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2019/01/11/doria-autoriza-pm-usar-espingardas-calibre-12-nas-estradas-e-cidades-de-sp.ghml>. Acesso em: 19 out. 2020

“Bandido bom é bandido morto” é a frase que sintetiza os sentimentos de insegurança, receio e temor social. Os altos níveis de crime, a percepção generalizada de insegurança e os altos números de homicídios (cerca de 60 mil por ano) favorecem o clima para medidas radicais e formas mais severas de controle do crime, que colocam em xeque até os limites legais da ação policial, uma espécie de clamor punitivista, em que se reivindica a maior presença policial e repressão à criminalidade, independente das medidas a serem mobilizadas e suas consequências.

Pinheiro (1996) afirma que apesar do encerramento do regime autoritário e do avanço das garantias democráticas, persiste no país uma violência estrutural que é o resultado de relações sociais extremamente desiguais, nos quais setores da população nunca foram plenamente incorporados à cidadania. O autor afirma que um conjunto de violações de direitos humanos se mantém no regime democrático atual. Se a oposição política deixou de ser perseguida e reprimida com o final da ditadura, os pobres, moradores da periferia e as minorias raciais continuam sendo os alvos preferenciais tanto da criminalidade como da violência de Estado (Pinheiro, 1996). Segundo o autor, os governos pós redemocratização têm sido coniventes com a violência de Estado ao não evitar a participação dos agentes de Estado nas práticas ilegais, e também ao garantir impunidade daqueles que violam as normas do Estado de direito.

Cubas et al. (2015) reafirmam que nem a redemocratização foi capaz de superar a cultura autoritária e o legado de ilegalidade e uso abusivo da força nas ações policiais, sem que houvesse responsabilização de seus agentes. O aumento da criminalidade concomitante ao período de democratização, favoreceu discursos de ordem e do enfrentamento combativo por parte da polícia, de modo que o uso da força e a letalidade são justificados como sinal de eficiência. As mortes cometidas por policiais seriam uma forma de justiça direta frente à descrença nas instituições de justiça criminal.

Méndez (2000) alega que uma parcela significativa do efetivo policial segue utilizando métodos consolidados durante o regime ditatorial, principalmente após a promulgação do AI-5 em

1968, que influenciou decisivamente o *modus operandi* das polícias, que seguem se atualizando e se reproduzindo no cotidiano do trabalho policial. Nunes (2018) alega que este momento foi decisivo, na medida que a PM ganha centralidade nas práticas de segurança, sendo este modelo novamente priorizado a partir de 1988, ao invés do trabalho policial investigativo, que segundo a autora, tem menor potencial de capital político dado a seu caráter recluso, discreto e metucioso, diferente do modelo de policiamento ostensivo ou a “polícia ostentação” expressão alcunhada por Muniz em Muniz e Almeida (2018), de uma prática policial espetacular que faz multiplicar a sensação de insegurança com seus aparatos e barulho, ao mesmo tempo em que há o gasto desmesurado do dinheiro público sem objetivo, foco e qualificação.

Se o controle do uso da força deveria ser a essência do Estado democrático, no Brasil este tema ainda é cercado de tensões. Méndez (2000) afirma que as instituições policiais têm sido protegidas de investigações externas e ainda não estão acostumadas a controles externos tanto perante a sociedade civil como em relação ao Judiciário. Discutir a letalidade policial se torna imprescindível para uma aproximação das instituições policiais com a sociedade civil a fim de reduzir o ciclo de violência e insegurança. A produção e divulgação de dados se torna a condição essencial para analisar a legitimidade e a eficácia de nosso modelo de segurança pública. Segundo Muniz (2018), a desinformação e o desuso da informação produzem enfraquecimento do policiamento, o mal-uso de recursos públicos, a reprodução de preconceitos e concepções e a descrença institucional de que a polícia é o meio mais qualificado na administração não violenta de conflitos.

Deste modo, faz-se necessário descrever, analisar e mensurar os impactos da relação dos aparatos de segurança pública na sociedade civil, que vem gerando uma série de consequências adversas para a saúde da população brasileira, tanto no que concerne às mortes e agravos gerados pelos padrões de policiamento, como nas suas repercussões concernentes à construção de laços

comunitários e confiança institucional, elementos fundamentais para o fortalecimento da democracia e da cidadania.

2.3. Violência Policial e Saúde

A violência policial (VP) vem se tornando um tema urgente no Brasil assim como em outros países, como os EUA, dada a expressividade e a brutalidade como esta vem sendo praticada, de modo sistemático, contra a população jovem e negra, seguindo padrões similares aos dos homicídios (Human Rights Watch, 2019).

Em seu encontro anual de 2018, a Associação Americana de Saúde Pública (APHA) aprovou por ampla maioria a declaração de que é preciso enfrentar a violência das instituições de justiça e segurança pública (*law enforcement*) a partir de uma ótica da saúde pública, uma vez que em sintonia com a definição da OMS de violência (2002), as instituições de justiça e segurança pública (*law enforcement*) vem promovendo violências de ordem física, psicológica, sexual e até mesmo praticando negligência (APHA, 2018).

Segundo Wen e Sharfestein (2015), a relação longa e disfuncional entre as instituições de justiça e segurança pública e a população são o reflexo de um legado de pobreza estrutural e da discriminação econômica e racial, que exigem o engajamento do setor saúde na resolução dos problemas e no desenvolvimento de soluções de longo prazo, visando tanto a redução da violência, com a eliminação de leis e práticas que atingem populações já marginalizadas, como a prevenção do uso desmedido da força (Feldman, 2015; APHA, 2018). Ademais, faz-se necessário que o setor saúde contribua para o debate dos condicionantes sociais da saúde, debate central para o campo sanitário, contribuindo para a alteração das dinâmicas de desigualdade, em especial quando observamos a VPL e seu direcionamento para populações específicas.

Estudos têm apontado a violência policial como assunto central para a democracia e condições de saúde, tanto considerando as consequências do policiamento violento e seus impactos

nas populações mais marginalizadas (Cooper e Fullilove, 2016; APHA, 2018), quanto a baixa qualidade das informações acerca dos dados relativos à letalidade policial que seriam de responsabilidade do setor saúde, como por exemplo, o registro de mortes e agravos cometidos por policiais (Krieger et al., 2015; Feldman et al., 2017; APHA, 2018).

As repercussões da VP à saúde são muitas e não diferem substancialmente das já descritas para a violência interpessoal, incluindo sofrimento psíquico, depressão e quadros de ansiedade (Pita, 2010; Vianna e Farias, 2011; Geller, 2014; Kesic e Thomas, 2014; DeVlyder, 2017), agravos e lesões (Pinc, 2006; Hyland et al., 2015; Feldman et al., 2016) e mortes (Krieger et al., 2015; Feldman et al., 2017; Ouvidoria da Polícia do ESP, 2018; FBSP, 2018; FBSP, 2019; Human Rights Watch, 2019). A VPL difere da violência interpessoal, na medida em que é o Estado sancionando a violência, e no limite, decidindo quem deve morrer e quem deve viver, quais são vidas que valem pouco ou quase nada, e quais são as vidas que devem ser preservadas e cuidadas (Mbembe, 2003).

Tagaki et al. (2012) sugerem que as consequências da vitimização por violência interpessoal e, em nossa leitura sugerimos a analogia para a VP, estão além dos efeitos na saúde individual, na medida que corrói o tecido social, com consequências coletivas, indissociáveis das múltiplas vulnerabilidades que impactam desproporcionalmente populações vivendo situações de opressão e de cidadania precária. As desigualdades em saúde, desta forma, se tornam evidentes quando observamos a distribuição da violência policial em nossa sociedade.

Estudos são consistentes em demonstrar que grupos minoritários vivendo em condições de vulnerabilidade são os mais atingidos pelos padrões de policiamento violento, sofrendo criminalização e estigmatização por parte da polícia. Entre os grupos mais atingidos estão as pessoas que se identificam como transgêneros, lésbicas, gays e bissexuais (Mallory et al., 2015; DeVlyder, 2016), indivíduos em situação de rua (Rui, 2014; Costa, 2015; De Lucca, 2016), pessoas vivendo com baixa renda (Motley Jr. e Joe, 2018), trabalhadores e trabalhadoras sexuais (Sherman et al., 2015; Lutnick et Cohan, 2009), usuários de drogas (Cooper et al., 2005; Costa, 2015; Martins

et al., 2018), pessoas vivendo com algum tipo de transtorno mental/psíquico (Kesic e Thomas, 2014; Perry e Carter-Long, 2016), pessoas vivendo com HIV/AIDS e outras ISTs (Cooper et al., 2005; Sewell e Jefferson, 2016; Martins et al., 2018), homens negros (Geller et al., 2014; Bailey et al., 2017), jovens (Bui et al., 2018) pessoas com baixa educação formal (Ruotti et al., 2014), pessoas que vivem e circulam em bairros hipervigiados (Sewell e Jefferson, 2016; Martins et al., 2018) e pessoas que moram em periferias urbanas, marcadas pela segregação racial e econômica (Vargas e Amparo-Alves, 2010; Feldman et al., 2019).

Destacamos que as análises espaciais sobre a VPL são raras, o que é parcialmente explicado pela dificuldade de acesso aos dados oficiais e a baixa qualidade deles (Krieger et al., 2015; Barber et al., 2016; Loftin et al., 2017), diferentemente dos estudos sobre homicídios, que são consistentes em apontar que áreas com piores condições socioeconômicas e marcadas pela segregação racial concentram os homicídios (Amparo-Alves, 2011; Adão, 2017; Knopov et al., 2019; Siegel et al., 2019). Os poucos estudos de VPL buscaram investigar as características e distribuição espacial dessas mortes e sua associação com as condições de vida das vítimas. No estudo conduzido por Feldman et al. nos EUA (2019), as maiores taxas de mortalidade relacionadas à atividade policial ocorreram em bairros com maior concentração de moradores negros e de baixa renda, concluindo que as características contextuais de um determinado bairro são importantes para entender, prevenir e responder a VPL. Os poucos estudos realizados no Brasil, analisaram a dinâmica espacial segundo os locais de ocorrência dos desfechos fatais (Ceccato et al. 2007; Sou da Paz, 2015; Sou da Paz, 2016) e os locais de residência da vítima (Sou da Paz, n/d), nenhum estudo procurou analisar a dinâmica espacial considerando ambas.

Outros aspecto da VPL a ser considerado são suas consequências sociais e políticas, dado que a polícia é uma das faces mais visíveis e presentes do Estado (Krieger et al., 2015; Gonzalez, 2017). A violência excessiva e desproporcional, aliada a um julgamento inadequado desta violência por parte da sociedade e governos, perpetuam laços desgastados e ciclos de desconfiança que têm

como efeitos impactos na saúde da população, mas que atingem principalmente a confiança nas instituições públicas e a própria formulação de políticas públicas (Krieger et al., 2015). Como Caldeira (2002) afirma, o contraste entre o privilégio e o abuso da força constituem elemento central na discussão sobre segurança pública no Brasil. A garantia de direitos é percebida como privilégio quando o abuso da força é experienciado enquanto norma pela maioria da população.

Krieger et al. (2015) mencionam a necessidade de recolocar a questão não apenas no que se refere a identificar danos e agravos diretos aos indivíduos, mas também quantificar o número de comunidades impactadas por este tipo violência, revelando e mensurando os impactos dessa violência em nível populacional e ecológico, podendo assim reconhecer áreas mais suscetíveis a violência, priorizando a formulação de políticas públicas específicas para cada território. Segundo eles, a violência policial é um tópico urgente de saúde pública, tanto pelas consequências em termos de adoecimento e agravos nos sujeitos e comunidades, mas principalmente, porque ela é indissociável do racismo estrutural, das desigualdades sociais e econômicas, que geram a corrosão dos laços de pertencimento e direitos sociais. Compreender a VPL segundo esse prisma, implica no aprofundamento do debate sobre a lógica de organização da sociedade e do Estado, que vulnerabiliza socialmente grupos específicos da população, negando direitos e condições dignas de vida. Em certo sentido, pensar a VPL a partir de um olhar sanitário, implica no enfrentamento das desigualdades estruturais da sociedade e os legados autoritários fortemente enraizados na sociedade brasileira, que impedem a cidadania e a democracia plenas.

Nos EUA, com o objetivo de monitorar a ocorrência de casos e suprir as deficiências dos sistemas oficiais de informação, o jornal inglês *The Guardian* começou em 2015 uma contagem paralela da mortalidade decorrente da atividade policial via o site '*TheUncounted*', uma vez que não existem estatísticas e dados confiáveis sobre a mortes cometidas por policiais, pois a maior fonte de dados (*National Vital Statistics System- NVSS*) subnotifica este tipos de morte e apresenta baixa confiabilidade (Loftin et al., 2003; Krieger et al., 2015; Feldman et al., 2017). Estudos

estadunidenses (Loftin et al., 2003; Feldman et al., 2017) confirmam que a maioria dos óbitos cometidos por policiais nos EUA são classificados em outras causas de morte, que não a categoria Intervenção Legal (Y35), categoria apropriada segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Outros autores também apontam a subnotificação de VPL pelo sistema de informação da polícia estadunidense (Loftin et al., 2003; Banks et al., 2015; Lum e Ball, 2015)

Feldman et al. (2017) discutem a necessidade de aprimoramento do sistema de monitoramento da mortalidade por VPL nos EUA, uma vez que não existem dados acurados, dada a subnotificação desse tipo de evento que, segundo eles, é reportado de maneira conservadora e com informações faltantes sobre as dinâmicas dos eventos, como os dados sociodemográficos das vítimas e as características do desfecho fatal (tipo de violência empregada, características dos agressores etc.).

Krieger et al. (2015), sugerem a criação de um sistema de monitoramento em tempo real para as mortes cometidas pela polícia, que segundo os autores deve ser um evento prioritário para vigilância epidemiológica, tornando a VPL uma condição de notificação compulsória. Segundo os autores a expertise da vigilância em saúde é suficiente para o estabelecimento do protocolo de coleta, não exigindo articulação intersetorial com a Polícia. Ademais, argumentam que esta proposta é inédita, podendo resultar em dados que auxiliem a redução da VPL, além de estabelecer critérios e experiência para o monitoramento futuro das lesões e agravos envolvendo a atividade policial.

No Brasil, as fontes oficiais de informação sobre a violência letal são as SSP (e/ou análogas) e as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, sendo que as informações destas últimas são sistematizadas pelo Ministério da Saúde, através do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Os dados que alimentam o SIM são extraídos das declarações de óbito (DO) e são classificados em sua causa básica a partir da 10ª. Revisão da CID (CID-10). A SSP, por sua vez,

sistematiza os crimes e delitos com base no Código Penal, com dados extraídos dos Boletins de Ocorrência (BO).

Observa-se um descompasso entre as informações processadas pelo Ministério de Saúde com o SIM, e o da SSP, uma vez que cada instituição refere montantes distintos para períodos idênticos relativos às mortes cometidas pela polícia. Não obrigatoriamente os números devem ser idênticos, pois as bases que alimentam as estatísticas são distintas e se debruçam sobre objetos de análise diferentes (DO na Saúde e o BO na Segurança Pública), no entanto, é importante observar a discrepância e a inexistência de estudos acerca da qualidade dos dados relativos aos homicídios decorrentes de intervenção policial no SIM.

O Gráfico 1 ilustra a divergência nas estatísticas relativas às mortes causadas por policiais no Município de São Paulo se considerarmos as duas principais fontes para o estudo da mortalidade.

Gráfico 1: Evolução das mortes causadas pela polícia no Município de São Paulo (2002-2015)

FONTE: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Secretaria de Segurança Pública SP (SSP) e Instituto Sou da Paz (Elaborado pelo autor)

Observamos no Gráfico 1 que no ano de 2005 houve montantes idênticos entre as duas fontes de informação, o que é bastante incomum. Já de 2006 até 2011 houve diferença entre os dados, que flutuaram com a mesma tendência, com aumento progressivo da diferença de notificação. É possível inferir uma subnotificação contínua das mortes por intervenção legal nos sistemas de informação em saúde, sendo talvez o ano de 2005 uma rara exceção. A partir do ano de 2012 é possível observar que os valores destoam de modo intenso. Se contrastamos apenas o ano de 2015 no Município de São Paulo, os casos registrados pela SSP são cerca de duas vezes maiores do que o encontrado no SIM.

Se os registros do SIM são os registros mais confiáveis sobre as mortes por agressão, segundo Cerqueira (2013), o mesmo não acontece quando consideramos as intervenções legais. Apesar do uso crescente, a categoria Intervenção Legal (Y35) continua apresentando um alto grau de subnotificação se comparados aos dados relativos às Secretarias de Segurança Pública (IPEA/FBSP, 2018). Este exemplo põe dúvidas a respeito das informações sobre as mortes perpetrada por policiais na cidade de São Paulo.

A questão acerca da qualidade das informações não deve ser compreendida apenas do ponto de vista técnico, ou de uma disputa estatística de “especialistas”, mas sim como uma oportunidade de uma apreensão mais autêntica da realidade, que possibilitaria a sociedade tomar decisões mais coerentes, estimulando assim uma cultura garantidora de direitos e um avanço na qualidade de vida.

As informações não constituem uma verdade ou são úteis a priori, mas são, acima de tudo, uma construção social que nos possibilitam dimensionar a realidade, auxiliando na implementação de políticas públicas e ações que visam mitigar a violência na sociedade. Embora haja por parte do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, uma preocupação em melhorar a qualidade dos dados, do ponto de vista acadêmico sua validade e confiabilidade são problemáticos, quando nos propomos a analisar a frequência e a distribuição das mortes perpetradas pela polícia.

3.OBJETIVOS

1. Analisar a qualidade da informação do SIM/PROAIM a respeito dos óbitos causados pela ação policial, e dos BOs dos casos de MDIP registrados pela SSP no que se refere à completude das informações;
2. Identificar as causas básicas de morte mais frequentemente utilizadas, entre aquelas que envolvem uso de armas de fogo e as mal definidas e não especificadas, nos casos de óbito por intervenção legal incorretamente classificados pelo SIM-PROAIM. Reclassificar esses óbitos na categoria apropriada - Intervenção Legal (Y35);
3. Estimar a subnotificação da Violência Policial Letal, nos dados do SIM/PROAIM e nos dados da SSP-SP, bem como estimar a taxa de mortalidade pela atividade policial no MSP.
4. Descrever as características sociodemográficas das vítimas de VPL
5. Analisar a distribuição espacial da Violência Policial Letal considerando o local de residência das vítimas, e o local de ocorrência dos eventos com desfecho fatal.

4.PRODUÇÃO DAS INFORMAÇÕES SOBRE VPL NO BRASIL: POTÊNCIAS E LIMITAÇÕES

Neste capítulo, iremos explorar a produção das informações nas duas fontes de dados utilizadas nesta pesquisa, os dados do SIM, de responsabilidade do PROAIM no MSP e vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e os BO disponíveis no sistema de Registro Digital de Ocorrência da Polícia Civil (RDO) da SSP-SP. Buscaremos descrever de que forma os dados são produzidos em cada fonte de informação, suas limitações e potencialidades.

Primeiramente, abordaremos a produção dos dados pelo setor saúde, nosso objeto de pesquisa. Dividimos este tópico em quatro temas: a) Do corpo ao DO, descrevemos o processo de chegada do corpo ao IML, sua análise e a produção da DO; b) na sessão DO, apresentamos a importância do documento e seu breve histórico; c) no SIM, relatamos a sua história e o fluxo de informação desde a emissão da DO até a consolidação da informação em âmbito federal; d) PROAIM, sua história, seu pioneirismo, seus limites e sua função no MSP; e) posteriormente, abordaremos, a produção de informação pela SSP-SP nos casos de mortes decorrentes de intervenção policial.

4.1. Do corpo a DO: o caminho burocrático das mortes ou “matar o morto”

O IML de São Paulo, onde se inicia a produção das informações utilizadas em nosso estudo, foi fundado oficialmente em 1885 e passou por uma série de mudanças em sua história quanto a seu desenho organizacional, nomenclatura e formato (Pereira, 2013 apud Governo ESP, 2013). Além da perícia de mortos, trabalho mais conhecido do IML, grande parte do seu trabalho consiste em perícia de pessoas vivas, além de difusão do campo da Medicina-Legal (Pereira, 2013). Atualmente

o IML compõe, juntamente com o Instituto de Criminalística, o quadro da Polícia Científica, diretamente subordinada à Polícia Civil do Estado, pertencente a SSP-SP. Na cidade de São Paulo, existem 6 unidades do IML, cada uma em uma região do município, com a Região Leste possuindo 2 IMLs.

Da biografia institucional do IML destacamos a participação de seus peritos e da instituição na ditadura civil-militar brasileira, com mecanismos de desaparecimento e de produção de desconhecimento (Hattori et al., 2016). Segundo a Comissão da Verdade da Associação Paulista de Saúde Pública (2016), pelo menos 51 laudos necroscópicos falsos foram forjados com objetivo de encobrir os crimes praticados pela ditadura, sendo o caso Vladimir Herzog o mais emblemático. Segundo Hattori et al. (2016) o processo de ocultação e desaparecimento administrativo desenvolvido na Ditadura se perpetua até hoje como um legado, seja pela falta de diálogo das instituições (IML, delegacias, cemitérios), seja pela pouca informação que é produzida nos laudos, que evidenciam a falta de sistematização e preenchimento de informações necessárias, criando lacunas e dificultando as identificações dos corpos e suas causas de morte.

Em consequência dessa mancha na história do IML, a Comissão Nacional da Verdade (2014), na sua sessão de recomendações, sugeriu a sua autonomia, desvinculando-o da SSP e da Polícia Civil, proposta que, segundo Pereira (2013), também é defendida por juristas, legistas, a Sociedade Brasileira de Medicina Legal, a Associação de Criminalística e entidades de direitos humanos, tendo inclusive feito parte do Primeiro Programa Nacional de Direitos Humanos em 1993. Estados brasileiros como Amapá, Rio Grande do Sul e o Pará, criaram arquiteturas institucionais diversas desvinculando o IML da área de segurança, sendo ele ora secretaria de estado, ora estrutura independente. A desvinculação garantiria um orçamento fixo para o IML, sem a disputa orçamentária com as polícias de caráter ostensivo, de especial importância principalmente em momentos de crise, e garantiria, sobretudo, a perícia independente, afastando qualquer dúvida sobre sua imparcialidade, questão central para a compreensão da subnotificação da VPL no setor

saúde, uma vez que os dados inseridos no SIM provém das DOs emitidas pelo IML e suas informações.

Todo óbito violento ou suspeito tem como destino o IML. Mello Jorge et al. (2003), apontam que ao realizarem os exames cadavéricos, o IML produz três resultados básicos: a identificação civil do cadáver, o laudo cadavérico, que tem função de prova técnica na investigação criminal, e por fim, a DO que possui valor cartorial e epidemiológico. O laudo cadavérico gira em torno da identificação da causa *mortis*, que consiste em desvendar a forma pela qual a vítima foi morta, a partir da leitura dos corpos, suas marcas e seus significados, em um processo de construção de uma verdade sobre a morte (Medeiros, 2014). Segundo a mesma autora é no IML que a morte é institucionalizada e onde “corpos sem vida encontram a morte”. Nas perícias realizadas é que se estabelecem verdades médico-legais sobre os corpos, possibilitando a elaboração de documentos públicos que permitem “matar o morto” e realizar o fluxo burocrático da morte.

No laudo, o perito registra as informações provenientes do corpo por meio dos saberes médicos e apresentam-nas como as “verdade dos fatos” que levaram ao óbito (Medeiros, 2018). Já a DO é o documento que oficializa a fronteira entre vivos e mortos, além de ser o instrumento de controle da mortalidade no Brasil. Apesar do preenchimento da DO ser um ato médico Medeiros (2018), em sua etnografia no IML da Cidade do Rio de Janeiro, apontou que nas rotinas do instituto, muitas vezes não são os próprios médicos legistas que preenchem o documento, cabendo a outros funcionários o preenchimento a partir dos laudos, com o médico apenas assinando o documento e conferindo fé pública ao mesmo. Em entrevistas com médicos legistas em Minas Gerais (MG), Melo et al. (2013), apontam que apesar dos médicos reconhecerem a responsabilidade pelas informações na DO, os campos sociodemográficos geralmente são preenchidos por outros profissionais que não os médicos, indicando a menor importância dessas informações, cabendo ao médico apenas o preenchimento da causa de óbito na DO (campo VIII) ou a “parte médica da DO”.

Farias (2014) em etnografia na cidade do Rio de Janeiro, aponta que o IML ocupa lugar fundamental na engrenagem da gestão das mortes cometidas pelo Estado, referendando a impunidade com “exames mal feitos, desidiosos, incompletos, falhos, omissos e incompetentes” (Farias, 2014). Segundo sua investigação, a perícia “mal feita” é como um “negativo da revelação”, não tanto por esconder os fatos, mas porque revela a intimidade do especialista com aquilo que é necessário ser mostrado no laudo para compor um jogo cênico da burocracia, uma espécie de penumbra da verdade, em que prevalece a omissão. Segundo a autora, a cada resposta evasiva, a cada economia de palavras e a cada preenchimento inadequado na produção dos laudos pelos peritos legistas do IML, existem consequências drásticas para a investigação do caso. Prevalece a “lei do silêncio” (Simões e Reichenheim, 2001), onde a comunidade, embora detenha a informação sobre as mortes, se cala por medo ou por preservação institucional. Apesar dos técnicos do IML possuírem informações sobre os óbitos, eles não as transferem à DO e aos órgãos responsáveis (Simões e Reichenheim, 2001). Muitas vezes os legistas optam por uma postura pragmática, acreditando que a dinâmicas dos eventos que levaram à morte extrapola sua função, sendo de competência policial e não médica, se eximindo de maiores investigações (Melo et al., 2013), cabendo a ele apenas as informações sobre as lesões e não sobre o contexto e/ou causa externa que gerou.

A literatura (Gawryszewsky, 2002; Mello Jorge et al., 2003) aponta que para determinar a causa básica de óbito são necessárias informações complementares, sendo indispensável compreender as circunstâncias e o contexto em que o óbito ocorreu, com a presença do BO, laudos policiais e outras fontes que agreguem informações. O perito legista, revestido de sua autoridade médico-policial, pode solicitar às autoridades competentes informações adicionais, seja na delegacia que apura os fatos, no Instituto de Criminalista que apurou a cena, como também as informações hospitalares sobre o atendimento prestado ou o que foi constatado pelos médicos (Farias, 2014). Jesus e Mota (2010), em estudo em Salvador (BA), afirmam que apesar de muitas vezes os médicos

legistas alegarem não terem condições de determinar a intencionalidade das lesões, em virtude de preenchimentos inadequados de documentos que encaminham o corpo para a necropsia, fica a impressão que o IML enquanto instituição possui todas as condições (laboratórios, posse de diversos laudos, relatórios) para tal, referendando a observação de Farias (2014).

Njaine et. al (1997), afirmam que “a (des)informação também é fruto do acobertamento” que se relaciona diretamente com a omissão por parte do IML no preenchimento adequado das circunstâncias em que ocorreram os óbitos e na realização de laudos incompletos quando o óbito envolve mortes cometidas por policiais. Na etnografia de Medeiros (2018), os peritos sabiam como a polícia mata (“de um tiro só”) mas se omitiam na hora de descrever a causa básica de morte adequadamente, impedindo o uso da codificação correta da causa do óbito, endossando a conclusão da autora de que para além de matar de um “tiro só”, essa mesma polícia também “mata o morto” desumanizando novamente sua existência, sem permitir que a verdade e a justiça prevaleçam. Neste sentido, vemos um duplo assassinato que se perpetua pela omissão, negando o direito à verdade e à memória.

Segundo Pereira (2013), os principais fatores que interferem na produção de informação na rotina dos IML são a alta carga de trabalho (em média 30 mil corpos por ano), a falta de recursos humanos para a realização do trabalho, as condições precárias do IML³¹ e a falta de recursos financeiros para a estrutura do trabalho. A literatura também aponta o receio de médicos legistas de envolvimento futuro com autoridade policiais e judiciais, uma vez que esclarecer a circunstância em que ocorreu o óbito, é determinar sua causa jurídica, levando muitos legistas a optarem por não se comprometer com a notificação do acidente/violência, utilizando categorias de óbito genéricas e inespecíficas (Mello Jorge et al., 2003; Jesus e Mota., 2010; Melo et al., 2013).

Outro motivo que interfere na qualidade dos dados de mortalidade no Brasil é a baixa compreensão dos médicos legistas sobre a importância da DO para o monitoramento

---

3- MACHADO, Leandro. IMLs de SP têm instalações precárias, cheiro podre e falta de técnicos. **Folha de São Paulo**. 06 jan. 2013. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/01/1210727-impls-de-sp-tem-instalacoes-precarias-cheiro-podre-e-falta-de-tecnicos.shtml>. Acesso em: 19 out. 2020.

epidemiológico, uma vez que na hierarquia de prioridades da instituição uma investigação em profundidade e utilizando outras fontes de informação para esclarecer as causas de óbito acabam ficando em segundo plano, ora pela alta carga de trabalho imposta, ora pela pouca importância do mesmo, que é tido como uma burocracia da rotina de trabalho (Melo et al., 2013), o que impede a compreensão da dinâmica de morte e a utilização da causa básica apropriada (Mello Jorge et al., 2003).

Segundo Melo et al. (2013), há um distanciamento entre a produção da informação no IML, com a emissão da DO, e a apuração epidemiológica que acontece em nível secretarial, uma espécie de fosso de significado sobre a utilidade do documento, em que os legistas não conseguem visualizar o sentido do trabalho em termos epidemiológicos. Muitos legistas, segundo suas entrevistas, compreendem a importância da DO de maneira bastante genérica, recorrendo, segundo eles ao ‘senso comum’, sem a utilização de elementos técnicos e/ou linguagem especializada para descrever o documento e sua importância em nível de prevenção da mortalidade.

No que se refere especificamente às mortes por Intervenção Legal (Y35), são praticamente inexistentes estudos realizados no Brasil com o objetivo de avaliar a qualidade da informação e estimar a sua subnotificação. Encontramos dois artigos que estimaram a subnotificação de mortes por causas externas, incluindo a categoria Intervenção Legal (Y35), que designa as mortes cometidas pela polícia.

Os resultados do primeiro estudo (Jesus e Mota, 2010), realizado em Salvador (BA) aponta para subnotificação de 32% das mortes por Intervenções Legais (Y35) no ano de 2005. Na classificação original, a causa básica de morte utilizada para todos estes óbitos foi a Agressão por Arma de Fogo Não-Especificada (X95). Com a reclassificação dos óbitos realizadas pelos pesquisadores, a categoria Intervenção Legal (Y35) passou por um incremento relativo de 133%. Já o segundo estudo (Lopes et al., 2018), realizado no Estado do Rio de Janeiro, em 2014, apontou subnotificação das mortes por Intervenção Legal (Y35), que estavam sendo classificados como

Causas Externas de Intenção Indeterminada (Y10-34). Com a reclassificação dos óbitos a categoria Intervenção Legal (Y35) teve um incremento de 744%. no seu uso.

Vemos que mesmo com os esforço de desvincular a DO do processo jurídico-policial, tendo ela importância de cunho epidemiológico, persiste a resistência dos médicos legistas no preenchimento completo das mortes por causas externas (Simões e Reichenheim, 2001; Mello Jorge et al., 2003; Jesus e Mota., 2010; Melo et al., 2013; Lopes et al., 2018), constituindo zona de tensão na fronteira do saber médico e suas implicações jurídicas (Melo et al., 2013).

Constatamos a persistência do baixo uso da categoria Intervenção Legal (Y35) no Brasil a partir de estudos realizados em dois Estados distintos em um período de 10 anos (Jesus e Mota, 2010; Lopes et al., 2018).

4.2. A Declaração de Óbito (DO)

Os dois principais objetivos da DO são: a) ser o documento padrão para as estatísticas de mortalidade; b) ser o documento para a lavratura pelos Cartórios de Registro Civil, da Certidão de Óbito, indispensável para os trâmites legais necessários para o sepultamento (Brasil, 2009).

A DO desde 1975 passou por uma série de mudanças quanto à sua formulação e as variáveis que a compõem, visando atender às necessidades de saúde em um dado momento histórico. A DO é um marco para as estatísticas vitais na medida que ela permitiu a padronização do formulário para o atestado de óbito, uniformizando as informações e facilitando a apuração de interesse para o setor saúde, que até então não seguia um padrão único e universal, coexistindo nas diversas Unidades da Federação experiências bastante desiguais acerca das informações sobre a mortalidade (Laurenti et al., 2006).

A DO é composta por nove blocos de informações de preenchimento obrigatório, a saber:

I) Dados do Cartório: é a parte da DO preenchida exclusivamente pelo Cartório de Registro Civil;

II) Dados de Identificação do Falecido: nome; data de óbito; estado civil; sexo; data de nascimento; idade; ocupação habitual; naturalidade; grau de instrução; filiação; situação conjugal; raça/cor.

III) Residência: Logradouro; CEP; Bairro/Distrito; Município da Residência; UF

IV) Ocorrência: Local de Ocorrência do óbito; Estabelecimento; Endereço de ocorrência (se fora do estabelecimento ou residência); CEP; Bairro/Distrito; Município; UF

V) Específico para óbitos fetais e de menores de um ano: são dados extremamente importantes para estudos da saúde materno-infantil, que aqui não cabe ser explicitado.

VI) Condições e causas do óbito: destacam-se os diagnósticos que levaram à morte, ou contribuíram para a mesma, ou estiveram presentes no momento do óbito. Há também o tempo aproximado da doença e do óbito, bem como o campo para o CID

VII) Dados do Médico que assinou a DO: Nome do médico; CRM; ‘condição’ do médico que assina o atestado (Assistente, substituto, IML, SVO, Outro); Município e UF da SVO ou IML; Contato (e-mail, telefone etc); Data; Assinatura

VIII) Desde 1996, o MS inseriu o campo “Prováveis circunstâncias das mortes não naturais”, que se debruça sobre a importância do entendimento da causa externa que originou a morte, com informações que não se limitam à descrição da lesão. Para além de saber se o óbito decorreu de uma hemorragia interna ou de um politraumatismo, é essencial para Vigilância Epidemiológica a compreensão do contexto/circunstâncias do óbito. Um politraumatismo, por exemplo, pode ser decorrente tanto de um suicídio, de uma queda acidental, de um acidente de trabalho, como de um acidente de trânsito. Portanto, discorrer sobre as circunstâncias do óbito é imprescindível. Neste campo, com intuito de desatrelar a informação da DO das causas jurídico-policiais, há o reforço que as informações são apenas de cunho epidemiológico (Mello Jorge et al., 2003).

No campo causas externas (nº56), o campo deve especificar o tipo de causa externas de óbito, sempre que se tratar de morte decorrente de lesões causadas por homicídios, suicídios,

acidentes ou ignoradas/outros, sem a opção de mortes cometidas por policiais, que apesar de ser um homicídio, consiste em um tipo distinto de homicídio.

O campo nº 57 se destina exclusivamente aos acidentes de trabalho.

No campo fontes de Informação (Campo nº 58), Mello Jorge et al. (2003) explicam que se espera que legista registre as outras fontes consultadas para auxiliar a definição da causa básica como o BO, informações Hospitalares, a Família e etc. Como aponta Mello Jorge et al. (2003), para que o quadro epidemiológico relativo às causas externas seja estabelecido faz-se necessária a consulta de diversas fontes, nenhuma delas totalmente completa e correta, com as diversas fontes atuando de maneira complementar, em uma espécie de quebra-cabeça que visa a reconstituição do evento que levou a morte. As bases de dados existentes são essenciais para a produção das informações necessárias para o conhecimento das principais causas externas de morte e suas circunstâncias. Segundo a mesma autora, o BO é documento de informação essencial para o preenchimento do campo VIII da DO.

No campo Descrição (campo nº 59), é necessária uma descrição resumida do evento, com o tipo e o local da agressão, para que se possa ter detalhes que auxiliem na codificação da causa básica de morte. Aqui busca-se refinar as circunstâncias dos óbitos violentos, fazendo diferença se a lesão que levou a óbito ocorreu na casa da vítima, na rua, ou no ambiente de trabalho, por exemplo.

IX) Localidades em que não existe a presença de médicos, quando, então, o registro oficial do óbito será feito por duas testemunhas.

Após a DO ser preenchida pelo médico legista, desde 1994, com a implantação das três vias coloridas, a DO passa pelo seguinte fluxo:

- Primeira Via (Branca): é recolhida nas unidades notificadoras. Seu destino é o processamento de dados na instância municipal;

- Segunda Via (Amarela): entregue pelo médico/unidade de saúde à família para que esta seja levada ao cartório de registro civil, ficando arquivada, para os procedimentos legais. Com esta via, no cartório é emitido o Atestado de Óbito que possibilita o sepultamento do morto pela família;

- Terceira Via (Rosa): permanece nas unidades notificadoras, junto à documentação do paciente. Em caso de óbitos domiciliares, esta via também é fornecida à família que segue o mesmo fluxo da segunda via (amarela).

Ressaltamos que o fluxo das vias da DO varia em função do local em que ocorreu o óbito e seu tipo, conforme o Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito, do Ministério da Saúde (2011).

Do interesse da nossa pesquisa, nos óbitos por causa acidental e/ou violentas, como já vimos, o responsável pela emissão da DO é o legista do IML, ou o perito designado para tal. Nestes casos, as três vias da DO seguem o seguinte fluxo: a primeira via (Branca) segue para os órgãos de processamento de informações da saúde (secretaria municipal de saúde); a segunda via (Amarela) é entregue aos familiares; e a terceira via (Rosa) ficará retida no Instituto Médico Legal (IML) para ser anexada aos registros médicos do falecido.

Apesar de sabermos que a falta de informações, imprecisão de registros, o uso equivocado das causas básicas de óbito pelo IML, a omissão de dados fundamentais, o erro de codificação são uma realidade no SIM, principalmente nos casos de morte por causas externas (Drummond Jr. et al., 1999; Simões e Reichenheim, 2001; Jesus e Mota, 2010; Silva, 2017), vemos que o Sistema vem apresentando melhora ao longo do tempo, sendo o MSP, principalmente pelo esforço institucional da SMS e do PROAIM, um município que apresenta níveis muito bons da qualidade das informações dos óbitos, o que nos permite uma avaliação mais acurada dos perfil epidemiológico das vítimas e da violência (Drummond Jr, 2002). Vale ressaltar que as diferentes características dos municípios em termos socioeconômicos e populacionais, aliadas às diferenças administrativas,

financeiras e técnicas entre os municípios, resultaram em um quadro bastante heterogêneo e desigual do SIM no país.

Veremos na sessão destinada ao PROAIM sua origem e seu impacto na melhora da qualidade dos dados no MSP, principalmente nos óbitos de causas externas.

4.3. Sistema de informação sobre Mortalidade (SIM)

Como afirmam Mello Jorge et al. (2010), a morte de um ponto de vista sanitário, e seu registro, tem importância fundamental nas ações de prevenção e de promoção de qualidade de vida . Com registros do passado e do presente, podemos nos lançar e traçar panoramas de saúde que possibilitarão melhor qualidade de vida no amanhã.

Os dados sobre os óbitos, segundo Swaroop (1964 apud Laurenti et al., 2006, p.11) podem nos auxiliar a conhecer as principais causas de morte no território nacional e em áreas específicas, assim como em subgrupos populacionais definidos, por exemplo, em função do sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, dentre outras características sociodemográficas. Com essas informações é possível comparar diversas regiões, detectando desigualdades espaciais na distribuição do risco de morte, e verificar a existência de grupos populacionais com riscos ampliados e mais afetados por determinadas doenças (idade, sexo, área, cor/raça etc.) Além disso, informações sobre óbitos são importantes para avaliação de programas e ações em saúde, através da investigação do seu impacto na mortalidade. Se registrados de forma sistemática e continuada ao longo do tempo, informações sobre mortalidade permitem conhecer a forma como as mortes evoluem no tempo compondo uma série histórica, e identificar, por exemplo, a existência de variação sazonal na mortalidade por algumas doenças.

O SIM foi implantado oficialmente no Brasil em 1975 e pode ser considerado um sistema relativamente novo, quando comparado a similares existentes em outros países desenvolvidos e subdesenvolvidos (Laurenti et al., 2006). Podemos dizer, de grosso modo, que o trabalho do SIM

consiste em qualificar os dados brutos acerca de mortalidade e transformá-los em informação e subsídios necessários para a melhoria da saúde da população.

Laurenti et al. (2006) afirmam que até meados da década de 70 havia experiências difusas e desiguais do registro da mortalidade, inexistindo um sistema único de informação sobre os óbitos que aglutinasse os dados e suas análises. Com o acúmulo de diversas experiências regionais bem sucedidas, aliado à pressão e colaboração ativa da sociedade civil organizada, da academia, e de organismos internacionais, o Ministério da Saúde, reconhecendo a importância dos dados de mortalidade, idealizou a implantação - como já acontecia em alguns Estados - de um sistema de informação em saúde (SIS), com um subsistema específico sobre a mortalidade. Na maioria dos Estados até então as Secretarias Estaduais eram as responsáveis pela organização dos dados, com exceção de MG e SP, em que a Fundação SEADE e a fundação João Pinheiro, respectivamente, eram as responsáveis pelo registro de mortalidade (SMS-SP/CEINFO,2016).

A partir de 1975, o SIM começou a ser implementado em todo país, promovendo padronização e ajustes daqueles Estados que já apresentavam algum tipo de sistema de informação. As principais orientações do grupo de trabalho que se debruçou na criação do SIM foram: a) adoção de um modelo único de atestado de óbito no Brasil, seguindo o padrão proposto pela OMS em 1948; b) a impressão do documento em âmbito federativo e a distribuição nacional pelo Governo Federal, repassando aos Estados, que destinariam aos Municípios, e estes por sua vez enviam aos estabelecimentos de saúde, IMLs, SVOs e cartórios civis; c) a definição de um fluxo organizado para as declarações de óbito; d) a centralização dos processamentos de dados (Laurenti et al., 2006).

Já nos anos 90, com a criação do SUS e a descentralização dos serviços de saúde, houve a necessidade de organizar os sistemas municipais de informação, sendo estes responsáveis pelo acompanhamento, avaliação, divulgação da situação de saúde, organização e a coordenação dos SIS, estabelecendo prioridades a partir da necessidade local de cada município e seu perfil epidemiológico (Almeida, 1998).

A descentralização do Sistema de Informação em Saúde (SIS) e a ampla disseminação tecnológica resultaram em maior agilidade na produção e disseminação da informação que agora são produzidas em âmbitos locais. Se por um lado ainda existe a centralização das informações em âmbito federativo, por outro podemos constatar maior autonomia local com a descentralização.

A crise da Covid-19, reforça novamente a importância da informação em saúde como um bem público que contribuiu ou deveria ter contribuído para o planejamento, a gestão, o monitoramento, e a avaliação das políticas de saúde, uma vez que a tomada de decisão em Saúde Pública depende da disponibilidade oportuna de dados confiáveis (Lima et al., 2010; Minto et al., 2017). Quando analisamos pelo prisma da transparência, vimos que a disponibilização diária dos dados de mortalidade, com explanações epidemiológicas, principalmente no início da pandemia, na gestão Mandetta no MS, contribuiu para a maior participação social, ampliando o entendimento da população em geral – e não só dos gestores e acadêmicos - da dinâmica da pandemia, garantindo, direito à informação e à saúde.

Se a utilização do SIM possibilita o balizamento do debate público e a priorização de recursos e esforços baseado em evidências, contribuindo tanto para o diagnóstico mais acurado no campo da saúde, como para a efetivação das políticas públicas, um aspecto fundamental no debate sobre os SIM é a contradição entre as informações geradas pelas análises epidemiológicas e a sua aplicação prática, materializada enquanto ação de saúde. Conforme aponta Duarte (2003), esse distanciamento e contradição evidenciam que a prática e a efetivação de políticas públicas de saúde requerem mais do que o consenso quanto à melhor evidência possível, exigindo reflexões e considerações que extrapolem o próprio limite do campo da saúde, demandando diálogos com o contexto sociocultural e político-econômico, privilegiando as necessidades sociais, integrada às práticas, conhecimentos, valores e preferências das comunidades (Jenicek e Stachenko, 2003).

4.4. Programa de Aperfeiçoamento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo (PROAIM)

O Programa de Aperfeiçoamento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo (PROAIM) foi criado pela prefeitura em 1989, via decreto nº 28.187, do mesmo ano, sancionado pela então prefeita de São Paulo, Luiza Erundina, com o objetivo de produzir informações de mortalidade para o diagnóstico de saúde, vigilância epidemiológica e avaliação dos serviços de saúde (PROAIM, 2019). O PROAIM foi instituído em composição tripartite na cooperação intersecretarial entre Serviço Funerário, que sediava e disponibilizava as DOs, a SMS que disponibilizava os técnicos de nível superior e a Empresa de Tecnologia da Informação e Comunicação do Município de São Paulo (PRODAM) responsável pelo suporte tecnológico (SMS-SP/CEINFO,2016).

Neste período com a instituição do SUS e seu modelo descentralizado, os municípios passaram a ser protagonistas da gestão do sistema de saúde, cabendo a eles a organização de sistemas de informação. O PROAIM teve papel de destaque e vanguarda na gestão das informações de mortalidade no MSP e no Brasil.

O Brasil vivia naquele momento o período de redemocratização e da Reforma Sanitária, marcado pela abertura política que se contrapunha à tendência privatista e de controle da informação. Segundo a historiografia do programa de epidemiologia e informação no MSP (SMS-SP/CEINFO,2016), desde o seu início o PROAIM zelou pela transparência dos dados. A inovação do PROAIM, enquanto órgão, residia na importância da publicação de dados, análises, e o estímulo ao uso das informações com rapidez e qualidade (Drummond Jr., 2002; SMS-SP/CEINFO,2016).

Segundo Drummond Jr. (2002), que esteve no trabalho do PROAIM desde seu início, sendo um dos principais quadros do programa, juntamente com Margarida Lira, coordenadora desde a sua fundação, o enfoque do PROAIM é buscar entender o óbito para além de um caso epidemiológico, compreendendo-o dentro de uma complexa cadeia de condicionantes sociais, que geraram a morte,

passando de um SIS passivo e distante dos problemas de saúde, para uma abordagem que busca a especificidade do problema, na vigilância das mortes evitáveis, na promoção da melhora da qualidade da informação e no monitoramento da mortalidade no MSP através do acompanhamento permanente.

Dentre as principais ações do PROAIM, podemos destacar a melhoria na qualidade dos dados da DO, buscando definir com maior precisão as causas básicas de óbito no MSP e o preenchimento integral e correto dos campos de interesse, que possibilitam análises sociodemográficas. Para tal, o PROAIM possui alguns métodos para ampliar a qualidade das informações, entre eles um programa de carta em que se estabelece correspondência com o médico atestante do óbito para esclarecer as causas de morte, a obtenção de laudos com a SVO, palestra e esclarecimentos, entre outros (PROAIM, 2019)

De interesse para a nossa pesquisa, dois métodos utilizados para a melhoria da informação se destacam. O primeiro é a investigação dos casos de óbitos violentos junto aos IMLs. O segundo é o relacionamento entre bancos de dados, que estranhamente não envolve o uso do banco de dados da SSP-SP, se restringindo aos bancos de dados da CET, para acidentes de trânsito, e o SINASC, para óbitos de nascidos vivos. Jesus e Mota (2010) ressaltam que a notificação de informações em saúde é essencialmente intersetorial, sendo que a qualidade dos registros e dos sistemas de informação devem ser trabalhadas em todas as instâncias e secretarias envolvidas.

Mais do que produzir e divulgar informações, o PROAIM é polo dinamizador para o uso das informações de mortalidade em saúde, subsidiando a elaboração de políticas sociais, em especial na área de saúde (PROAIM, 1991). Para além da ênfase na qualidade dos dados da DO, o PROAIM também possui responsabilidade na Vigilância Epidemiológica, notificando as mortes de doenças de notificação compulsória ao Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo (CVE-ESP). O PROAIM também realiza diagnósticos sobre a mortalidade no MSP, divulgados em boletins e estudos, com as tendências temporais, espaciais, as populações mais impactadas, com

ênfase nos homicídios e mortes em decorrência da AIDS, aprofundando diagnósticos e entendimento dessas dinâmicas.

Em 2002, após cerca de 13 anos com sistema de informação próprio, o PROAIM passa a usar o aplicativo do SIM, desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS). Atualmente, o PROAIM é o gestor municipal do SIM, sendo responsável pela alimentação das informações, manutenção do sistema, distribuição das DOs e envio das informações (PROAIM, s/d). Segundo o Boletim do próprio PROAIM (1990), o órgão é uma iniciativa estratégica para colaboração e melhoria dos serviços municipais de saúde e na construção do SUS.

4.5. Mortes Decorrentes de Intervenção Policial (MDIP): da morte à classificação administrativa pela SSP-SP

Neste trabalho analisamos os Boletins de Ocorrência (BO) classificados como mortes decorrentes de homicídio por intervenção policial (MDIP) que, desde 2013, por resolução⁴² do então Secretário de Segurança Pública, Fernando Grella Vieira, substitui o polêmico “auto de resistência”. Desde 2012, com a resolução 08/2012 o Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana (CONDEPE)⁵, recomenda a extinção da classificação “auto de resistência” e “resistência seguida de morte”, e sua substituição pelo termo técnico “morte decorrente de intervenção policial”.

As categoriais “auto de resistência” e “resistência seguida de morte” tem origem durante a ditadura militar, em 1969, no auge da repressão política, e dispõe que: “em caso de resistência, [as autoridades policiais] poderão usar os meios necessários para defender-se e/ou vencê-la” dispensando o auto de prisão em flagrante ou a instauração de Inquérito Policial, que foi ampliada e

---

4Resolução 05/2013 da SSP- SP . Disponível em:

http://www.mp.sp.gov.br/portal/page/portal/noticias/publicacao_noticias/2013/janeiro_2013/2013%2001%2016%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%205%202013%20D.O.E_0.doc. Acesso em: 19 out. 2020

5Resolução 08/2012 do CONDEPE.

Disponível:http://www.mp.sp.gov.br/portal/page/portal/noticias/publicacao_noticias/2013/janeiro_2013/2013%2001%2016%20RESOLU%C3%87%C3%83O%208%202012%20D.O.U.doc. Acesso em: 19 out. 2020

refinada em 1974. Esta classificação administrativa passou a ser utilizada amplamente para designar as mortes resultantes das ações policiais (Misse, 2010).

Muitas entidades de direitos humanos historicamente denunciavam que o “auto de resistência” e a “resistência seguida de morte” serviam para escamotear graves violações de direitos humanos e mortes arbitrárias, que sequer chegavam a serem investigadas e que responsabilizassem o policial agressor, perpetuando a impunidade (Barcellos, 2003; Misse et al., 2010).

Como Misse (2011) nos adverte, embora sejam homicídios, essas mortes são classificadas separadamente, por se tratar de mortes com excludente de ilicitude, uma vez que supostamente foram cometidas em legítima defesa. Apesar do Código Penal contemplar a exclusão de culpabilidade em casos específicos, permitindo que policiais possam realizar seu trabalho sem correr risco de vida, ou risco de ser preso e/ou condenado, chama a atenção o uso excessivo desta previsão. A elevada frequência com que ela é utilizada e uma série de constatações do abuso de uso da força letal (Ouvidoria da Polícia do ESP, 2017), colocam em xeque a utilização irrestrita desta categoria, levando a distorções graves, principalmente quando há falhas na investigação e fiscalização destas mortes (Misse, 2011). É de amplo conhecimento as inconsistências entre os fatos alegados pelos policiais nos BOs e os indícios apontados nos laudos cadavéricos, e/ou em versões alternativas dos fatos (Barcellos, 2003; Farias, 2014; Zaccone, 2015).

Longe de ser apenas uma disputa semântica, o registro enquanto “auto de resistência”, pressupõe *a priori* a inocência da autoridade policial, passando a ser “vítima” do fato, e a pessoa morta tida como “opositor”, “autor”. O policial autor do homicídio na maioria das vezes sequer é indiciado, em uma inversão dos fatos.

O homicídio em decorrência da atividade policial é uma classificação administrativa, onde o agente de segurança, após uma ocorrência supostamente em legítima defesa, relata minuciosamente os fatos ocorridos na delegacia da Polícia Civil mais próxima, registrando um BO com a narrativa dos fatos, que é tomada e redigida por um policial civil responsável pelas investigações no DP.

Diferentemente, dos outros homicídios, na MDIP, já se sabe de partida o autor do homicídio, uma vez que os policiais são os próprios comunicantes da ocorrência e admitem ter atirado em legítima defesa (Misse, 2010; Farias, 2014).

Durante a oitiva na delegacia, mediante a presença de duas testemunhas, na maioria das vezes sendo os próprios policiais envolvidos nos fatos, conforme atestado por Misse (2011) e constatado por nossa pesquisa, a morte passa a receber a designação administrativa oficial, sendo adicionada no sistema de informação da polícia. Após a classificação administrativa oficial, de MDIP, são adicionados os crimes praticados pelas vítimas no registro, em geral, a resistência à prisão ou tentativa de homicídio contra os policiais, além de outras categorias como roubo, tráfico, receptação etc.

Conforme observado por Misse (2011) e também verificado pela nosso acesso aos documentos, cria-se uma narrativa dos fatos que justifica o uso da violência letal, geralmente em uma descrição padrão do evento fatal, que é negociada entre os policiais que estavam na cena e a aquele responsável pela lavratura do BO, onde os policiais não tiveram outra opção, a não ser fazer uso das armas de fogo em legítima defesa (Farias, 2014). Posteriormente o caso é comunicado à delegacia responsável pela circunscrição e segue sua apuração no Judiciário, fluxo que extrapola nosso interesse de pesquisa.

Quando classificado e adicionado no sistema via RDO, o BO de MDIP, passa a constar no Sistema Estadual de Coleta de Estatística Criminal, criado em 2001 a partir da resolução 160. O Sistema Estadual de Coleta de Estatística Criminal nasce da “necessidade de organizar e padronizar o fluxo de dados coletados pelas PC e PM, a partir do registro de ocorrência criminais” (Diário Oficial do Estado de São Paulo, 2001). O objetivo com a criação do Sistema foi racionalizar, unificar e padronizar as estatísticas produzidas pelas unidades policiais, garantindo qualidade das informações e estabelecendo um fluxo das informações encaminhadas à Administração Superior da SSP (CAP, 2005).

Segundo a Resolução 160/2001 da SSP-SP, as unidades policiais ficam encarregadas de preencher os formulários estatísticos, com os dados primários provenientes dos BOS, repassando estas informações às unidades superiores, até que estes sejam consolidados pela Delegacia Geral de Polícia e pelo Comando Geral da PM, que por sua vez remeterão os dados à Coordenadoria de Análise Planejamento (CAP).

Segundo o Manual da CAP (2005), a partir da criação da rede Intranet da PC, foi instaurado o sistema eletrônico, no qual todas as unidades da polícia judiciária (PC) inserem suas informações diretamente no sistema. Do mesmo modo, a PM faz coleta de dados das informações dos trabalhos da corporação, enviando-os a CAP (CAP, 2005).

Desde 1995, a SSP divulga trimestralmente suas estatísticas criminais no Diário Oficial do Estado. Segundo consta no site da SSP, desde 2011, a SSP-SP disponibiliza em sua página na internet, no setor de transparência, os indicadores de criminalidade mensais por região, município e unidade policial (SSP-SP, 2011). A partir de 2016, esta divulgação é ampliada, disponibilizando BOs constantes no sistema RDO da Polícia Civil desde 2003 (SSP-SP, 2018).

5. METODOLOGIA

5.1. Delineamento

O presente trabalho possui três eixos complementares. O primeiro eixo consiste em um estudo epidemiológico descritivo de avaliação da qualidade da informação do SIM/PROAIM a respeito dos óbitos causados pela ação policial. Neste eixo, também analisaremos a qualidade dos dados dos óbitos cometidos pela polícia nos registros da SSP-SP.

O segundo eixo consiste na vinculação dos dados de mortalidade do SIM/PROAIM com os dados dos BOs, que nos possibilitou a descrição do uso das causas básicas de morte mais frequentes nos óbitos cometidos por arma de fogo envolvendo policiais no MSP. Com a vinculação dos dados foi possível também estimar a subnotificação da VPL, nos dados do SIM/PROAIM, nos dados da SSP-SP, bem como estimar a Taxa de mortalidade pela atividade policial no MSP.

O terceiro eixo compreende um estudo de tipo ecológico que tem como objetivo analisar a distribuição espacial das mortes decorrentes da atividade policial, segundo os dados do SIM/PROAIM, com as informações sobre o local de residência das vítimas, e com os dados provenientes da SSP-SP, com os dados do local de ocorrência dos eventos com desfecho fatal.

5.2. Local de realização da pesquisa

O estudo foi realizado no município de São Paulo (MSP), maior cidade e capital do Estado de São Paulo com aproximadamente 12 milhões de habitantes, em uma área territorial de 1.521,11 km² que se divide em trinta e duas subprefeituras e 96 distritos administrativos. De acordo com Atlas de Desenvolvimento Humano o MSP possui um IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) de 0,805, o que situa a cidade na faixa de IDHM muito alto.

5.3. Fontes de informação e critérios de inclusão

5.3.1. Secretaria de Segurança Pública

Todos os boletins de ocorrência (BO) registrados como MDIP nos anos de 2013, 2014 e 2015 no MSP foram coletados no portal da transparência do site da Secretaria de Segurança Pública (SSP) do Estado de São Paulo⁶¹.

No site estão disponíveis para *download*, em formato *.xls* (Microsoft Excel) os banco de dados com todos os BO com as seguintes informações: nome completo da vítima, número do RG, número do BO, natureza do delito, logradouro do evento, tipo de local, Circunscrição/ Delegacia, Data e Hora da Ocorrência, se houve flagrante ou não, raça/cor, idade e cidade de nascimento, sexo e a data de nascimento.

Além disso, obtivemos através da lei de acesso à informação (LAI- Protocolo 5417918983), o direito a acessar uma base de dados com a totalidade dos BO de MDIP, com o histórico e a descrição do evento, na sede da SSP-SP.

Com a possibilidade de acesso aos dados na sede da SSP criamos um novo banco de dados em uma planilha *excel* com os dados provenientes do Portal da Transparência e qualificados com os acessados na própria SSP. Desta forma, melhoramos a qualidade das informações com dados que faltavam e/ou divergiam do banco de dados de domínio público, além de acessar BOs que não estavam disponibilizados na internet. Neste momento ficou evidente a baixa qualidade dos dados referentes ao ano de 2013, com uma completude no campo nome de apenas 8%, o que justificou a sua exclusão de todos os passos posteriores de análise, uma vez que não seria possível realizar o *linkage* dos bancos de dados.

Em situações em que ocorreram divergências de informações optamos por eleger as informações acessadas via LAI como a fonte mais confiável. Com a possibilidade de acesso à

6-Portal da Transparência da SSS-SP: Disponível em:<http://www.ssp.sp.gov.br/transparenciassp/> . Acesso em: 28 out. 2020

descrição dos BOs adicionamos também as seguintes variáveis a nosso banco de dados: se houve encaminhamento à unidade de saúde ou se o óbito foi constatado no local e quais unidades de saúde que receberam encaminhamentos.

Feito isso, importamos nosso banco de dados para o software *Stata* 12 para nossa análise.

Ressaltamos que mesmo após nosso pedido via LAI, a SSP não disponibilizou os nomes das vítimas que foram a óbito após confronto com a polícia, com intuito de manter sigilo e preservar a identidade das vítimas, fato que dificultou a realização da vinculação dos bancos de dados. Curiosamente, os dados com os nomes das vítimas estavam disponíveis – não todos- no site público da Transparência da SSP-SP.

3.3.2. Secretaria Municipal de Saúde-Programa de Aprimoramento das Informações sobre Mortalidade

Na Declaração de óbito (DO), a definição da causa básica segue os códigos estabelecidos na Classificação Internacional da Doenças, 10a revisão (CID-10). Neste estudo foram incluídos os óbitos ocorridos e registrados no MSP nos anos de 2014 e 2015, classificados em sua causa básica com as seguintes categorias:

Intervenções legal (Y35): traumatismos infligidos pela polícia ou outros agentes da lei, incluindo militares em serviço, durante a prisão ou tentativa de prisão de transgressores da lei, ao reprimir tumultos, ao manter a ordem, e outra ação legal; lesões à pessoal militar ou à população civil causadas por operações de guerra ou por rebeliões

As agressões por disparo de arma de fogo (X93, X94 e X95): incluem lesões infligidas por outra pessoa, empregando disparo de arma de fogo, com a intenção de lesar (ferir) ou de matar.

Exclui: lesões devidas a: intervenção legal ([Y35](#)) e operações de guerra ([Y36](#)).

Suicídios/lesões autoinflingidas por disparo de arma de fogo (X72, X73 e X74): lesões autoinflingidas intencionalmente (suicídio).

Eventos cuja intenção é indeterminada cometidos com disparo de arma de fogo (Y24): contempla eventos ou fatos sobre os quais a informação disponível não é suficiente para permitir que as autoridades médicas ou legais possam fazer a distinção entre tratar-se de um acidente, de uma lesão autoinflingida ou de uma agressão. Serão apenas incluídos os casos cuja morte foi decorrente de disparo de arma de fogo.

Outras Causas Mal definidas e Não Especificadas(R99): casos em que houve a ausência de informação sobre a patologia pregressa e/ou atual a vítima, e que mesmo após investigação, os motivos de óbito não puderam ser elucidados

Solicitamos ao PROAIM/CEIFO as seguintes informações: nome completo da vítima; nome da mãe da vítima; nome do pai da vítima; data de nascimento; Idade da vítima; logradouro de moradia da vítima; Município de Moradia da vítima; Bairro/Distrito de moradia da vítima; Endereço da ocorrência; Bairro/Distrito da ocorrência; Local de Ocorrência do Óbito; Profissão (ocupação habitual e ramo de atividade); escolaridade; sexo; Raça/ Cor; data e hora do óbito.

O tamanho da população residente no Município de São Paulo nos anos de 2014 e 2015 foi obtido com a Fundação Seade para cálculo do Coeficiente de Mortalidade por 100 mil habitantes.

5.4. Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP (nº 2.785.759) e contou com anuência da SSP-SP (SIC 5417918983) e do PROAIM, tendo o projeto sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-SP (nº 2.914.663).

Pela pesquisa ter sido realizada exclusivamente com base em dados secundários o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi dispensado.

5.5. Análise

5.5.1. Análise da completude DOs e BOs

O primeiro momento da análise teve como objetivo avaliar a completude das informações das DOs de nosso interesse e dos BOs.

Inicialmente foi verificada a qualidade das DOs a partir da proporção de preenchimento para as seguintes variáveis/campos de preenchimento: nome completo da vítima, idade da vítima, logradouro de moradia da vítima, Município de Moradia da vítima, Bairro/Distrito de moradia da vítima, Local de Ocorrência do Óbito, escolaridade, sexo e Raça/ Cor.

Posteriormente realizamos o mesmo procedimento com os BOS que foram classificados como MDIP.

Para avaliar a qualidade dos dados a partir do critério de completude, utilizamos o score elaborado por Romero e Cunha (2006), que é segundo revisão Correia et al. (2014) o score mais utilizado no Brasil. Segundo o score, a completude é classificada como:

- 1- Excelente para variáveis com mais de 95% de completude;
- 2- Boa para variáveis entre 90% e 95% de completude;
- 3- Regular para variáveis entre 80% e mais de 90% de completude;
- 4- Ruim para variáveis entre 50% e mais de 80% de completude;
- 5- Muito Ruim para variáveis com 50% ou menos de completude.

5.5.2. Vinculação dos Bancos de Dados

Para identificar as causas básicas de morte mais frequentemente utilizadas, entre aquelas que envolvem uso de armas de fogo e as mortes por causas mal definidas e não especificadas, nos casos de óbito por intervenção legal incorretamente classificados pelo SIM-PROAIM, e também para

estimar a subnotificação por meio da técnica de Capture/Recapture (MSE), primeiramente realizamos a vinculação das bases de dados.

Utilizamos dois critérios para a vinculação, a depender se o BO tinha ou não o campo nome preenchido. Apresentaremos a seguir os dois critérios adotados.

5.5.2.1. Vinculação dos Bancos de Dados com o campo nome preenchido no BO

Para realizarmos a busca das vítimas identificadas com nome no BO (n=511; 64,3%) e frente a inexistência de um identificador único e inequívoco em ambos os bancos de dados, como o RG e/ou CPF, lançamos mão do método probabilístico de vinculação de registros utilizando o *software Reclink* criado por Kenneth Rochel de Camargo Jr. e Cláudia Medina Coeli, da UERJ e UFRJ, respectivamente (Camargo Jr. e Coeli, 2000).

O método probabilístico de registro foi concebido com intuito de superar a impossibilidade do uso do relacionamento determinístico de bases de dados. Newcombe et al. (1959), foram os pioneiros do método, interessados especialmente na capacidade de monitoramento (*follow up*) de indivíduos e famílias ao longos dos anos utilizando registros vitais, como registro de nascimentos, casamentos, mortes etc, em uma era dos primórdios da computação. Posteriormente, o método foi aprimorado por Fellegi e Sunter (1969), que desenvolveram as bases matemáticas para a maioria das técnicas de *linkage* hoje existentes.

Basicamente, o método probabilístico pode ser dividido em três fases: padronização de registros, a blocagem de registros e o pareamento (Jaro, 1989; Camargo Jr. et Coeli, 2000).

A padronização consiste na preparação dos bancos de dados e seus campos. A padronização é fundamental principalmente nos campos não estruturados, como nome, em que há a entrada dos dados relativamente livre de controles. Assim, realizamos transformações no banco dados, a saber:

- Identificação dos campos de preenchimento inadequado do nome (ex.: ignorado, desconhecido, etc.). Deixamos este campo de preenchimento em branco.
- Conversão dos caracteres do nome para maiúscula;
- Remoção de diacríticos e caracteres especiais;
- Remoção das expressões ‘FILHO’, ‘JUNIOR’, ‘JR’, ‘NETO’, ‘SOBRINHO’;
- Remoção dos termos DE, DA, DO, DAS, DOS;
- Remoção das numerações que constavam no nome da DO
- Transformação do Nome e do Último Sobrenome em *soundex*;

Comumente empregado, o *soundex*, é a transformação de um campo no banco de dados em um código fonético que permite ultrapassar problemas de registros, uma vez que permite a comparação fonética das palavras desconsiderando a escrita da mesma. Comumente usa-se o *soundex* para o campo nome e sobrenome. A partir de determinadas regras fonéticas elabora-se um algoritmo que otimiza a busca dos pares nos bancos de dados, avaliando a similaridade de dois registros pertencerem à mesma pessoa. A construção do algoritmo é simples e obedece à seguinte regra, que foi elaborada pela administração da Seguridade Social nos arquivos Nacionais Americanos (National Archives, 2007):

- 1) Se o código for maior que quatro caracteres os demais não serão considerados. Se for menor serão acrescentados Zeros;
- 2) Você preserva o primeiro caractere do campo escolhido e atribui valores conforme a tabela abaixo até 3 caracteres;
- 3) As vogais A,E,I,O,U os caracteres Y,W e H não são considerados;
- 4) Havendo caracteres repetidos somente o primeiro será considerado;

Valor atribuído a cada caractere	Caractere
0	Todas as demais letras ou palavras muito curtas
1	B,P,F,V
2	C,S,G,J,K,Q,X,Z
3	D,T
4	L
5	M,N
6	R

Por exemplo, o nome Francisco Buarque, é convertido para F652 B620. O nome Raimundo José é transformado em R553 J200. Já o sobrenome Lee é transformado para L000

Feita a padronização nos bancos de dados, buscamos registros duplicados e os excluímos.

Após a preparação inicial, começamos a construção de blocos lógicos que permitem a comparação dos campos comuns em ambos os bancos de dados. A blocagem possibilita a otimização das comparações, para aqueles campos pertencentes ao mesmo bloco. A blocagem é implementada com intuito de definir campos dos bancos de dados, que poderiam resultar na probabilidade dos registros pertencerem a mesma pessoa (Jaro, 1989). Por exemplo, quando comparo CEP em ambos os bancos de dados, só serão pares verdadeiros aqueles que tiverem concordância neste campo (Jaro, 1989). Com a construção dos blocos lógicos ordenamos as comparações segundo nossa lógica de busca, que dependeu da qualidade e disponibilidade de dados nos bancos de dados.

Na trajetória de nosso trabalho, utilizamos três estratégias de blocagem:

- 1) *Soundex* Nome + *Soundex* do Último Sobrenome + Dia do Óbito + Ano de Nascimento
- 2) *Soundex* Nome + *Soundex* do Último Sobrenome + Ano de Nascimento
- 3) *Soundex* Nome + *Soundex* do Último Sobrenome

Apresentaremos na seção 6.2.1 apenas a última estratégia de blocagem (*Soundex* Nome e *soundex* Último Sobrenome) por ter apresentado melhor desempenho, possibilitando maior quantidade de pares verdadeiros. Ressaltamos que a utilização desta estratégia só foi possível por trabalharmos com um banco de dados pequeno.

Utilizamos para a comparação os parâmetros $m=95$ correto, $u=5$ de incorreto e 85 de limiar. Segundo Camargo Jr. e Coeli (2000), m representa a probabilidade do campo identificar um par verdadeiro, quando ele é realmente verdadeiro, e u designa a probabilidade do campo identificar um par verdadeiro, quando na verdade ele é falso. Segundo os autores:

De forma análoga, poder-se-ia definir $1 - m$ como a probabilidade de o campo discordar entre dois registros, uma vez que se trata de par verdadeiro ($1 -$ sensibilidade), enquanto que $1 - u$ representaria a probabilidade de o campo discordar, já que se trata de par falso (especificidade).

Com base nestas probabilidades são construídos dois fatores de ponderação: um, para a situação de concordância e outro, para a situação de discordância. Ou seja, compara-se o campo do primeiro registro com o do segundo registro. Se os campos concordarem, aplica-se o fator de ponderação de concordância e, em caso contrário, o de discordância. O fator de ponderação de concordância é calculado como o logaritmo de base 2 da razão de verossimilhança entre as probabilidades m_i e u_i :

$$(wc_i = \log_2 \left[\frac{m_i}{u_i} \right])$$

e o de discordância como o logaritmo de base 2 da razão de verossimilhança entre as probabilidades

$$1 - m_i \text{ e } 1 - u_i \text{ (} wd_i = \log_2 \left[\frac{(1 - m_i)}{(1 - u_i)} \right] \text{)}$$

(CAMARGO JR. E COELI, 2000, P.441)

O score final de cada par é o resultado construído a partir dos scores ponderados de cada campo utilizado no pareamento, que nos indicam a probabilidade dos registros serem da mesma pessoa. Jaro (1989) aponta que a probabilidade de semelhança contribui positivamente para o *score* e a probabilidade de dessemelhança contribui negativamente.

Fellegi e Sunter (1969), propuseram a definição de scores limiares para a classificação dos pares em três categorias: pares verdadeiros, pares duvidosos e falsos. Com estabelecimento de *scores* limiares, determinamos faixas de semelhança e dessemelhança para nossa estratégia de pareamento, o que nos permite atestar a veracidade da vinculação dos registros.

Realiza-se o pareamento dos registros e a construção de scores para os diferentes pares a partir das blocagens realizadas pelo pesquisador. Assim, aqueles pares que estiverem igual ou acima de 95 no parâmetro m (probabilidade do campo identificar um par verdadeiro) serão considerados pares verdadeiros, aqueles que estiverem entre 94 e 85 serão considerados pares duvidosos, e os restantes serão considerados pares falsos.

Por trabalharmos com um banco de dados pequeno, optamos por revisar todos os pares manualmente para confirmar a autenticidade dos pares verdadeiros, tal qual Coutinho e Coeli (2006), garantindo assim, a qualidade do *linkage* (Coeli, 2015).

5.5.2.2. Vinculação dos Bancos de dados sem o campo nome preenchido no BO

Para a vinculação dos BO sem nome ($n=283$; 35,7%) e das DO, utilizamos três critérios para considerarmos os pares como verdadeiros. Realizamos esta etapa manualmente, verificando se as vítimas contemplavam os três critérios adotados, a saber:

- 1) Data da emissão do BO e da DO serem ou do mesmo dia, ou estarem dentro da tolerância de três dias, conforme o desvio padrão apontado pelo pareamento dos casos daqueles que possuíam nome;
- 2) Local de Óbito ser o mesmo nos dois documentos, seja o logradouro em que ocorreu a situação de conflito ou a Unidade de Saúde em que ocorreu o óbito;
- 3) Não haver outros óbitos no mesmo logradouro/hospital no período (a não ser que seja do mesmo BO e/ou já identificado como outro par verdadeiro);

5.5.3. Busca das Causas Básicas de Óbito e Reclassificação dos Óbitos

A partir da vinculação das bases de dados e do pareamento realizado, conseguimos identificar as causas básicas de óbito mais utilizadas pelos legistas, entre as mortes cometidas por armas de fogo, nas DOs com causa de óbito incorretamente classificadas, ou seja, naqueles casos reconhecidos como MDIP pela SSP mas não identificados como Y35 na DO. Esses casos foram reclassificados como morte por Intervenção legal (Y35) e um novo banco de dados foi criado adicionando estes óbitos. Realizamos uma análise descritiva das categorias de causas básicas de óbito utilizadas.

5.5.4. Estimando a Subnotificação

Com intuito de investigarmos a subnotificação das mortes cometidas pela polícia no MSP, utilizamos o método de Captura/Recaptura ou *Multiple System Estimation* (MSE). Este método foi empregado no contexto das Comissões de Justiça e Verdade, ao redor do mundo, quando se buscou estimar uma série de violação de direitos humanos, com especial atenção às mortes e desaparecimentos, em diversos países como Peru, Guatemala, Colômbia, Kosovo, entre outros (Ball et al, 2003; Lum et Ball, 2015; HRDAG, s/d). Todos esses trabalhos foram liderados e/ou contaram com a participação do *Human Rights Data Analysis Group* (HRDAG)⁷¹. Esta metodologia também foi empregada nos EUA para estimar a subnotificação das mortes cometidas por policiais (Banks et al., 2015; Lum et Ball, 2015; Feldman et al., 2017).

Em linhas gerais, o método do MSE busca estimar o tamanho total de uma população a partir de diversas listas parciais e suas sobreposições. Originalmente, o método foi concebido para o uso no campo da Ecologia, com o intuito de estimar a população de peixes em um lago, e nos últimos anos seu uso se ampliou e se diversificou para outros campos, como o da demografia, da epidemiologia e também para o campo dos direitos humanos (Lum et al., 2013).

---

⁷¹Human Rights Data Analysis Group (HRDAG). Disponível em: <https://hrdag.org/>. Acessado em: 28 out. 2020

Segundo Lum et al. (2013), busca-se usar o MSE no campo dos direitos humanos para apreender padrões de violência que não são completamente aparentes nos dados registrados, como os óbitos cometidos pelo Estado. Segundo a exposição dos autores, existem óbitos cometidos pelo Estado que não são registrados pelas fontes oficiais, o que pode nos levar a conclusões equivocadas a respeito dos padrões de ocorrência. Segundo Ball et al. (2003), isto pode ocorrer devido a uma série de fatores, como, famílias e comunidades com receio de retaliação do Estado ao denunciarem as violações de direitos humanos, mortes que aconteceram sem que houvesse testemunhas em locais escuros e longínquos, mortes que não tiveram visibilidade na mídia, entre outros fatores.

Utilizando a metodologia do MSE podemos inferir a extensão da subnotificação da VPL na cidade como um todo para os anos de 2014 e 2015, como também estimar a subnotificação nos sistemas de informação (PROAIM e SSP).

Para o MSE utilizamos o pacote Rcapture do Rstudio, desenvolvido por Louis-Paul Rivest and Sophie Baillargeon da Universidade de Laval no Quebec, Canadá (Rivest e Baillargeon, 2007).

5.5.4.1. Capture-recapture/Multiple System Estimation

A partir da lista do PROAIM, da lista da SSP-SP e de suas sobreposições podemos estimar a população total (N_{oo}) de vítimas da polícia, que são aqueles casos que não aparecem em nenhuma listagem, mas que seguramente existem, os “homicídios ocultos” (Cerqueira, 2013).

Para identificarmos a sobreposição das listas, ou a quantidade de vítimas que aparecem nas duas contagens, utilizamos os dados provenientes da vinculação das bases de dados na seção 6.2.

Na concepção original do MSE, utilizada na ecologia no exemplo dos peixes, existem quatro suposições sobre as populações e as listas que precisam ser respeitadas (Lum et al., 2013):

1- Sistema Fechado: população de interesse não se alterou ao longo do tempo. Este princípio raramente é violado em casos de violência letal, uma vez que estamos nos debruçando sobre dados

de 2014 e 2015 e dificilmente haverá alteração nos óbitos. “Os mortos continuam mortos” (Lum et al., 2013);

2- Pareamento Perfeito: a sobreposição entre as listas foi perfeitamente realizada;

3- Igualdade de Probabilidade de Captura nas listas: toda vítima tem a mesma probabilidade de ser incluída em uma das duas listas. Sabemos que este princípio é raramente respeitado, uma vez que vítimas mais conhecidas, ou com maior repercussão na mídia, tem maior probabilidade de estar em uma das listas, por exemplo;

4- Independência das Listas: Estar em uma das listas não altera a probabilidade de estar na outra lista. Novamente, sabemos que este princípio é comumente violado, uma vez que em posse do BO o legista idealmente tende a classificar diferentemente a causa básica de óbito na DO. Quando a dependência das listas é positiva, como neste caso, a tendência é de que ocorra subestimação de N_{oo} , (Lum e Ball, 2015; Feldman et al., 2017).

Lum et al. (2013) nos informam que estes princípios são frequentemente violados, especialmente a igualdade de probabilidade de captura nas listas e a independência das listas. De acordo com os autores, estes princípios podem ser relaxados em algumas circunstâncias. Para eles, o princípio da igualdade de probabilidade de captura é raramente respeitado no campo dos direitos humanos. Alguns autores, como Bishop et al. (1975 apud Ball e Lum, 2015) o consideram até uma assunção errônea. Segundo eles, uma série de misturas de modelos estatísticos e métodos são utilizadas para ultrapassar esta limitação, como os ajustes encontrados no pacote Rcapture.

Lum et al. (2013), ressaltam que os modelos Log-Lineares, principalmente nos casos com mais do que duas listas, permitem ultrapassar as limitações decorrentes da violação do princípio 4. O pacote Rcapture permite o ajuste para dependência das listas ao proporcionar oito modelos distintos ($M_0, M_t, M_h, M_{th}, M_b, M_{tb}, M_{bh}, M_{tbh}$) para o trabalho com populações fechadas, o que possibilita a escolha do modelo que possui o melhor ajuste e estimativa populacional, quando

levamos em conta as fontes de variação na probabilidade de captura (princípio 3), e a independência das listas (princípio 4) (Baillargeon e Rivest, 2007). Os oito modelos são ajustados por meio da regressão de *Poisson*, gerando uma estimativa de máxima verossimilhança através de parâmetros log-lineares. A maximização é feita na interação ponderada dos algoritmos de mínimos quadrados, derivando uma estimativa populacional (N) para estes parâmetros log-lineares (Baillargeon e Rivest, 2007).

Em nosso trabalho os melhores modelos foram o M_t e M_0 . De acordo com Rivest e Lévesque (2001), o M_0 é o modelo mais simples, que pressupõe que as capturas são independentes, com uma probabilidade igual dos sujeitos serem incluídos nas listas. Já o modelo M_t é similar ao M_0 exceto que cada lista tem sua própria probabilidade de captura. Neste modelo, a ocasião de captura é independente, o que pode ser uma assunção errônea, exigindo um ajuste entre as probabilidades de captura. Baillargeon et Rivest (2007), explicam que quando os modelos distintos são ajustados, eles devem ser comparados e um dos modelos escolhido, geralmente baseado menor valor do *Akaike Information Criteria* (AIC). O pacote também calcula o intervalo de confiança (IC) assumindo normalidade assintótica.

Com base no número de casos corrigidos após a vinculação das bases de dados e nas estimativas obtidas através do MSE calculamos a subnotificação com base na seguinte equação (1):

$$(\text{Subnotificação}) = \left(\left(\frac{n_n}{n_e} \right) \times 100 \right) \quad (1)$$

Sendo n_e o número de casos estimado ou corrigido, n_r o número de casos registrados e n_n o número de casos não captados pelo sistema ($n_e - n_r$).

5.5.5. Análise Sociodemográfica das Vítimas da Polícia

Com base nas DOS classificadas originalmente como Intervenção Legal (Y35), as DOS após a reclassificadas descrita na seção 6.2.3 e nos BOS classificados como MDIP, realizamos uma análise descritiva das características sociodemográfica das vítimas da polícia. As seguintes características foram consideradas: sexo, a idade, raça/cor, a escolaridade, estado civil e o local de ocorrência do óbito. Buscamos, com esta análise, verificar se a distribuição das características sociodemográficas a partir das DO's sofre alteração após a reclassificação dos óbitos, o que nos demonstra os ganhos obtidos com a ligação das bases de dados para um conhecimento mais acurado do problema.

5.5.6. Análise Espacial das Mortes Cometidas pela Polícia

A análise espacial nos permite identificar padrões sistemáticos na distribuição dos óbitos no espaço. Nesta etapa, pudemos tanto analisar a distribuição segundo os locais de residência, circulação e pertencimento daqueles que foram a óbito decorrente da atividade policial (DO), antes e após a reclassificação, como também segundo os locais em que ocorreram os eventos fatais na metrópole (BO).

Comparamos os mapas antes e após a reclassificação das DOS e buscamos investigar de que forma a subnotificação destes óbitos está ligado a padrões espaciais. Nos debruçamos nas alterações espaciais dos padrões de mortalidade que a adição dos óbitos reclassificados resultou a partir de análises descritivas.

Todos os endereços foram geocodificados via o site *Google MyMaps* com os logradouros constantes na DO (residência) e BO (local do desfecho fatal). Com a base de dados geocodificada criamos mapas com a distribuição dos óbitos no MSP com o *software* QGIS 2.18.23. Por meio do *plugin* MMQGIS realizamos a contagem dos óbitos no MSP e nos distritos que compõem o MSP.

Adicionamos a população média para os períodos investigados por meio da calculadora de projeção populacional da Fundação Seade (MSP e os distritos), e assim, com a média de óbitos para os dois anos no MSP e nos distritos no numerador, e a população média no denominador, obtivemos as taxas brutas de mortalidade. Com as taxas, pudemos criar mapas coropléticos a partir dos quartis da taxa de mortalidade e do desvio padrão.

5.5.6.1. Índice Global de Moran

O Índice Global de Moran nos permite avaliar se há autocorrelação entre as distribuições das taxas de mortalidade pela atividade policial nos territórios do MSP, testando o quanto a taxa de um determinado território está relacionada com as taxas das unidades vizinhas. Optamos, para a análise, por utilizar a vizinhança do tipo *Queen*, sendo consideradas vizinhas às Unidades Geográficas que apresentam pelos menos uma borda e vértice em comum.

O Índice Global de Moran nos informa a relação de dependência por meio de um valor entre -1 e +1, tal qual o coeficiente de correlação de Pearson. Os valores positivos nos indicam a existência de relações diretas entre as Taxas (Taxas Altas próximas de Taxas Altas; Taxas Baixas próximas de Taxas Baixas). Os valores Negativos nos apontam para correlações inversas (Taxas Altas próximas de Taxas Baixas; Taxas Baixas próximas de Taxas Altas).

Para a realização do teste de significância utilizamos no software *GeoDa*, a técnica das múltiplas permutações de MonteCarlo, avaliando se a correlação foi encontrada ao acaso. Utilizamos 999 permutações, nos dando um valor de $p=0,001$.

5.5.6.2. Indicador Local de Autocorrelação Espacial (LISA)

O Índice de Moran fornece apenas um único valor na medida de associação espacial para o conjunto de dados, o que é bastante útil na caracterização da região de estudo como um todo. Dada a grande abrangência geográfica e diferenças locais no MSP fez-se necessário a busca por indicadores de associação espacial que evidenciem e privilegiam as realidades locais, nos

explicitando as dependências espaciais dos fenômenos. As análises locais testam a presença de diferenças espaciais, na busca de padrões de correlação mais pronunciada, identificando locais com altas taxas de mortalidade e baixas taxas de mortalidade. Deste modo, podemos observar se os distritos apresentam uma associação não aleatória com os valores observados nas unidades vizinhas. Optamos por considerar *clusters* aqueles que tiveram significância estatística identificada por um valor de $p < 0,05$. Assim identificamos territórios de Alta mortalidade (Altas Taxas no seu território e vizinhos com Altas Taxas) e Baixa mortalidade (Baixas Taxas em seu Território e Vizinhos com Baixas Taxas). Estas associações não aleatórias com os valores dos territórios vizinhos nos permitem observar a formação de aglomerados, que nos indicam locais que concentram a VPL no MSP, nos quais há um risco ampliado para a VPL.

6- ANÁLISES

6.1- Análise de Completude

6.1.1. Análise de Completude das Declarações de Óbito (DO-2014-2015)

De acordo com o banco de dados do PROAIM entre os anos de 2014 e 2015, 4.106 pessoas foram a óbito em decorrência de agressões, suicídios, intervenção legal e causa externa com intencionalidade indeterminada por projétil de armas de fogo (PAF), e por causa mal definida ou não especificada no MSP. No gráfico 2 podemos observar a distribuição.

Dos 2.989 óbitos por PAF, 403 (13,5%) tiveram a causas básica definida como morte por Intervenção Legal (Y35), que designa mortes cometidas por policiais ou outros agentes da lei, durante prisão ou tentativa de prisão, ao reprimir tumultos, manter a ordem e/ou outra ação legal (DATASUS, s/d)

Gráfico 2- Distribuição dos óbitos segundo causa básica. Município de São Paulo. SSP/SP e PROAIM, 2014 e 2015

FONTE:PROAIM/CEINFO

Os seguintes campos foram considerados para análise da completude: nome completo, idade,

sexo, raça/cor, estado civil, escolaridade, bairro de residência, endereço de residência, bairro de ocorrência do óbito, endereço de ocorrência do óbito (logradouro) e local de ocorrência do óbito. Estes campos nos possibilitam a caracterização sociodemográfica das vítimas, além de auxiliarem na vinculação das bases de dados.

Os percentuais de preenchimento de campos das DOs foram calculados para cada uma das causas básicas consideradas, e classificados segundo o escore elaborado por Romero e Cunha (2006) como:

- 1- Excelente para variáveis com menos de 5% de incompletude;
- 2- Bom para variáveis entre 5% e menos que 10% incompletude;
- 3- Regular para variáveis entre 10% e menos que 20% incompletude;
- 4- Ruim para variáveis entre 20% e menos que 50% incompletude;
- 5- Muito Ruim para variáveis com 50% ou mais de incompletude;

No gráfico 3 vemos a completude para a categoria Y35 (Intervenção Legal) e no Gráfico 4 vemos a completude para as outras categorias de óbito incluídas neste estudo.

Gráfico 3- Completude (%) dos campos constantes das DO dos casos classificados em sua causa básica como Y35 (Intervenção Legal). Município de São Paulo. PROAIM, 2014 e 2015

Para todas as causas de óbito analisadas encontramos uma completude excelente (>95%) para o campo nome. Quando analisamos os óbitos por Intervenção Legal (Y35), vemos que em 2014, todos os óbitos possuíam identificação e em 2015, 95,5% traziam o nome da vítima (Gráfico 3). Apenas em 2015 encontramos DOs com o campo nome não preenchido (n=10; 4,5%). Enfatizamos, que esta categoria possui grande valor para nosso trabalho uma vez que possibilita a vinculação dos bancos de dados do PROAIM e da SSP por meio dos nomes completos a partir da metodologia probabilística de vinculação de bases de dados.

No campo idade notamos um padrão semelhante ao encontrado para o campo nome, com excelente completude (>95%) para todas as causas de óbito investigadas. Novamente, entre os óbitos por Intervenção Legal (Y35), apenas em 2015 encontramos ausência de preenchimento deste campo (n=9; 4%) (Gráfico 3).

O campo para registro do sexo das vítimas possui cerca de 100% de completude para todas as causas de óbito analisadas. Neste campo, o sexo é registrado na concepção biológica, desconsiderando a identidade de gênero daqueles que foram a óbito.

Observamos que a quase totalidade das DOs apresentam informações a respeito da Raça/Cor das vítimas, com excelente completude (>98%). Dentre os óbitos por Intervenção Legal (Y35) encontramos uma completude de 99% em 2014 e 2015. (Gráfico 3)

Ao nos determos no campo Estado Civil das vítimas, em todas as causas de óbito encontramos também excelente qualidade dos dados, com exceção dos óbitos por Causas Mal Definidas e Não Especificadas (R99) cuja qualidade se mostrou regular com uma incompletude de 16% (Gráfico 4b) e a categoria Intencionalidade Indeterminada por Arma de Fogo (Y24) cuja a qualidade é boa (5,5% de incompletude) (Gráfico 4d). Entre os óbitos por Intervenção Legal (Y35), 96% dos casos apresentavam informações relativas ao Estado Civil das vítimas. Em apenas 17 casos não há nenhuma informação acerca do Estado Civil (4%), todos do ano de 2015.

Vemos que a completude do campo escolaridade varia substancialmente, indo de 78% de

completude entre os óbitos por Causas Mal Definidas e Indeterminadas (R99) a 94% entre os óbitos por Suicídios por arma de fogo (X72-74). Todas as causas de óbito apresentaram completude boa (>90%), com exceção das Causas Mal Definidas e Indeterminadas (R99) que apresentou qualidade ruim (22% de incompletude) (Gráfico 4b). Entre os óbitos por Intervenção Legal (Y35) encontramos uma boa completude (92%) (Gráfico 3).

Ao examinarmos os campos “Bairro de Residência” e “Endereço de Residência” encontramos excelente completude (>95%) para todas as causas de óbito analisadas, com exceção de Causas Mal Definidas e Não Especificadas (R99) que apresentou boa qualidade de completude (>90%) (Gráfico 4b). Entre os óbitos por Intervenção Legal (Y35) a completude foi superior a 95% para estes campos (Gráfico 3). Ressaltamos que na sessão destinada à análise espacial discutiremos de forma mais detida estes dados.

Gráfico 4- Completude dos campos constantes das declarações de óbito dos casos classificados em sua causa básica como X72-74, R99, X93-94, Y24. Município de São Paulo, PROAIM, 2014 e 2015

Nos campos “Bairro de Ocorrência do Óbito” e “Endereço de Ocorrência do Óbito”, novamente vemos excelente completude dos campos (>95%) em todas as causas de óbito. Entre os óbitos por Intervenção Legal (Y35) encontramos 97% de completude do campo Bairro de Ocorrência e 97,5% do campo Endereço de Ocorrência (Gráfico 3). Os dados relativos aos locais de óbito são imprescindíveis para a vinculação posterior dos bancos de dados, principalmente nos casos sem identificação. O campo “Local de Ocorrência do Óbito” apresenta, no geral, uma completude excelente (>99%). Quando analisamos a completude deste campo entre os óbitos por Intervenção Legal (Y35%), apenas duas DOs não possuíam local de óbito identificado (Gráfico 3).

6.1.2. Análise de Completude dos Boletins de Ocorrência classificados como MDIP (2014 e 2015)

De acordo com o banco de dados da SSP-SP, entre os anos de 2014 e 2015, 794 pessoas foram a óbito com o boletim de ocorrência registrado como MDIP. Trata-se de mortes que aconteceram em decorrência da atividade policial no MSP e foram cometidas por agentes da lei (civil ou militar) em serviço ou em seus horários de folga e classificados como MDIP. Analisaremos os seguintes campos do BO: Nome Completo, Idade, Sexo, Raça/Cor, Escolaridade, Estado Civil, Local de Nascimento e Endereço de Ocorrência com Desfecho Fatal.

Novamente ressaltamos que os dados apresentados neste trabalho são fruto da coleta dos BOs no Portal da Transparência da SSP, qualificados com acesso aos históricos dos BOS na sede da SSP. Portanto, eles são os o resultado dos dados disponibilizados pela SSP de forma pública e os dados que a Secretaria autorizou e concedeu acesso para o uso neste trabalho.

Dos 794 registros de óbitos decorrente da atividade policial no MSP entre 2014 e 2015, foi possível identificar 511 (64,5%) vítimas por meio do nome (Gráfico 5). Em 283 casos (35,5%) não foi encontrado registro de nome das vítimas nos bancos de dados disponibilizados pela SSP, sendo este considerado um *score* ruim para a completude do campo. Quando consideramos os anos de 2014 e 2015 a completude relativa ao nome da vítima foi de respectivamente, 63% e 70%.

No Gráfico 5 vemos os dados de completude do campo idade. Dos 794 óbitos, apenas 546 (69%) apresentavam registro etário, quando consideramos os dois anos em conjunto. Chama a atenção que apesar do campo nome apresentar 66% de completude, o registro etário possui 69% de completude, um percentual considerado ruim para análise de completude dos bancos de dados. Em 2014 e 2015 a completude relativa à idade foi de respectivamente, 67,5% e 69,5%.

Gráfico 5- Completude das informações nos BOs de ocorrência de Homicídio por Intervenção Policial. Município de São Paulo, SSP/SP - 2014 e 2015

FONTE:SSPSP

No campo Sexo, vemos para os anos de 2014 e 2015 cerca de 90% de completude (n=724), um percentual bom de preenchimento. O ano de 2014 apresenta uma qualidade inferior, com uma completude de 87,5%, considerada boa, quando comparado ao ano de 2015, cuja completude se aproxima da excelente (94,5%).

O campo Raça/Cor apresenta excelente completude (>95%) nos dois anos de interesse, variando entre 94,5% em 2014 e 97,5% em 2015, possibilitando análises acerca das características raciais das vítimas da polícia.

Os campos Estado Civil, Escolaridade e Local de Nascimento são fundamentais para uma melhor apreensão das características sociodemográficas das vítimas letais da polícia no MSP. Vemos no Gráfico 5 um baixo percentual de preenchimento dessas informações no BO, que

apresentam cerca de 60% de completude, considerada ruim, quando os dois anos são considerados em conjunto. Em 2014 a completude foi de 58,5%, 57% e 61,5% para escolaridade, estado civil e local de nascimento. Em 2015 houve uma discreta melhora na qualidade das informações, com completude de 66,5%, 65% e 64%.

Os endereços de enfrentamento fatal com a polícia possuem excelente qualidade (>95%) nos dois anos considerados. Na sessão sobre os dados espaciais nos deteremos mais a esta questão.

*

*

*

A análise de completude nos mostra que os dados provenientes do PROAIM apresentam qualidade excelente, no geral, e especificamente na categoria Intervenção Legal (Y35). Vemos que em quase todos os campos de interesse há menos 5% de incompletude nos óbitos por Intervenção Legal (Y35). Enfatizamos que a grande deficiência dos dados da Saúde provém da subnotificação dos casos, reportando duas vezes menos que a SSP-SP os casos de mortes cometidas por policiais.

Já quando nos detemos nos dados dos BOs, vemos uma qualidade bastante inferior na completude dos dados, com altos percentuais de informação faltante, limitando a extensão das análises sociodemográficas das vítimas da polícia.

Vemos que esforços de compartilhamento e vinculação dos dados do SIM e da SSP-SP resultariam em ganhos de informação para ambos os sistemas, possibilitando ganho de qualidade e acurácia das informações.

6.2. Busca e Reclassificação

Nesta seção apresentamos os resultados da busca e reclassificação dos óbitos realizada através do *linkage* das bases de dados da SSP e PROAIM.

A base de dados da SSP-SP é composta pelos 794 MDIP registrados no MSP e a base de dados do PROAIM é composta por 4.106 óbitos. A distribuição de óbitos por causa básica foi apresentada no Gráfico 2. O período compreende os anos de 2014 e 2015.

Apresentaremos os resultados abaixo, em três seções distintas. Em primeiro lugar, apresentaremos a busca realizada nos óbitos que possuíam nome no BO utilizando a técnica probabilística de relacionamento de bases de dados. Posteriormente, apresentaremos o pareamento para aqueles que não possuíam nome no BO, utilizando as datas e os locais de óbito como critério para definição da veracidade dos pares. Por último, apresentaremos o total dos casos pareados pelos dois métodos de busca.

6.2.1. Busca e Reclassificação das vítimas que possuíam nome no BO

Ao realizarmos a busca das vítimas identificadas com nome no BO ($n=511$), foi possível parear 495 casos (97%). Ao analisarmos o *Score* de concordância entre as variáveis de blocagem nos bancos de dados obtivemos uma média de 13,2 ($sd=0,15$). Relembramos que o escore final é construído a partir da soma dos escores ponderados no processo de pareamento, no nosso caso o *soundex* do primeiro nome e do último nome.

Todos os casos foram revisados manualmente com intuito de confirmar a veracidade dos pares. Para tal, outras variáveis disponíveis no banco de dados foram utilizadas em caso de dúvidas, como: data de nascimento, local de ocorrência do óbito e data de ocorrência do óbito.

A partir dos pares verdadeiros pudemos explorar as categorias de causa básica utilizada pelos legistas para classificar os óbitos cometidos pela polícia. No Gráfico 6 vemos a distribuição das categorias.

**Gráfico 6- Distribuição dos óbitos pareados pelo nome segundo a causa básica registrada na DO (n=495).
Município de São Paulo, PROAIM, 2014 e 2015**

FONTE:PROAIM/CEINFO

Vemos no Gráfico 6 que 53% dos óbitos foram classificados em outras causas básicas que não causa básica Intervenção Legal (Y35). Chama a atenção que o grupo das Agressões por meio de Arma de Fogo (X93-95) é o grupo do CID-10 mais utilizado pelos legistas para estes casos com 49,5% das classificações, superando inclusive a categoria Y35 (Intervenção Legal), utilizada em 47% dos óbitos. Em 3,5% dos casos os óbitos são codificados como Disparo de Arma de Fogo Intenção Não Determinada (Y24).

6.2.2. Busca e Reclassificação das vítimas que não possuíam nome no BO

Na busca dos casos que não possuíam identificação pelo nome no BO (n=283) fomos capazes de parear 231 (81,5%). Foram considerados pares verdadeiros os que contemplaram os três critérios:

- 1) Data do BO e da DO (tolerância de 3 dias, conforme desvio padrão apontado pelos pares que possuíam nome);
- 2) Local de Óbito (Logradouro do local de óbito ou Hospital de ocorrência do óbito);
- 3) Não haver outros óbitos no mesmo logradouro/hospital no período (a não ser que seja do mesmo BO ou já identificado como outro par verdadeiro);

Vemos no Gráfico 7 as principais causas básicas de morte registradas nas DOs:

Gráfico 7-Distribuição dos óbitos pareados sem nome na BO segundo a causa básica registrada na DO (n=231) . Município de São Paulo, PROAIM, 2014 e 2015

FONTE:PROAIM/CEINFO

A maior parte dos óbitos (55,5%) foi classificada em outras causas básicas que não a Intervenção Legal (Y35). Mais da metade (51%) dos óbitos foi classificada como morte por Agressões por meio de Arma de Fogo (X93-95) e 4,5% por Disparos de Arma de Fogo com Intenção Determinada (Y24). A categoria Intervenção Legal (Y35) foi utilizada em 44,5% dos óbitos.

6.2.3. Total dos casos pareados e reclassificados

Ao procedermos a busca dos BOs no banco de dados do PROAIM pudemos parear um total 726 casos (91,5%), 495 pelo nome (62,5%) e 231 pela data e local de ocorrência (29%).

Mais do que a metade (n=386; 53%) dos óbitos cometidos pela polícia no MSP não foram classificados na categoria Intervenção Legal (Y35) da CID-10. Destes, 50% foram classificados como Agressão por Disparo de Armas de Fogo (X93-95) e 3% como Disparo de Arma de fogo Intenção não Determinada (Y24). Não encontramos nenhum óbito cometido por policiais classificados na categoria R99 (Causas Mal Definidas) ou nas categorias X72-74 (Suicídios por Arma de Fogo).

A partir do nosso método de pareamento, pudemos reclassificar os 386 óbitos no banco de dados do SIM aumentando em 95,7% o uso da categoria Intervenção Legal (Y35) do CID-10 para o período de 2014 e 2015, passando de 403 óbitos para 789 mortes por VPL.

Observamos que mesmo após o pareamento dos óbitos do BO e da DO, persistem vítimas da polícia que não puderam ser pareadas nos bancos de dados. Vemos que 726 vítimas aparecem nos dois bancos de dados e 131 vítimas aparecem em apenas uma das listas, sendo que 68 óbitos estão apenas na lista da SSP e 63 no SIM. Na seção 6.3 sobre estimação da violência policial letal iremos abordar esta questão de maneira mais detida.

Na seção de caracterização sociodemográfica, iremos comparar o perfil das vítimas da polícia registrados no BO, na DO originalmente classificados com a categoria Intervenção Legal (Y35) e os óbitos após a reclassificação feita nesta seção.

6.3. Estimativa do número de mortes provocadas pela polícia nos anos de 2014 e 2015

A partir das listas (SSP e PROAIM) e das reclassificações realizadas na seção 6.2.3 deste trabalho, estimamos o número de casos de violência policial letal no MSP em 2014 e 2015 utilizando a metodologia de *Capture/Recapture* (MSE-*Multiple System Estimation*).

Vimos que com a reclassificação dos óbitos cometidos pela polícia e incorretamente classificados na DO como outras causas básicas, o número de casos de VPL na base de dados do PROAIM foi corrigido para 789. A SSP, por sua vez, registrou 794 MDIP. Neste cenário o número de casos que aparecem nas duas listas é de 726 óbitos e 131 aparecem em apenas uma das listas, sendo que 68 estão apenas na lista da SSP e 63 no SIM, com um total de 857 unidades capturadas pelo modelo.

Na Figura 1 podemos observar uma ilustração do cenário de captura dos óbitos pelos sistemas de informação:

Figura 1- Distribuição de Óbitos por Listas considerando os casos de MDIP (794) e os casos reclassificados como Intervenção Legal (Y35). São Paulo, SSP/SP e PROAIM, 2014 e 2015

Na tabela 1 apresentamos os resultados dos modelos de estimação. O modelo que demonstrou melhor ajuste aos dados (M_0) sugere um número inicial de mortes pela polícia de 863 casos. Após correção para a dependência entre as duas listas, o número de óbitos estimados neste segundo cenário foi de 862 (IC95% 858-868) óbitos. Vemos na Tabela 1 que os três modelos estimaram valores muito semelhantes para a população total, variando de 862-864, não havendo diferença substancial na escolha dos modelos.

Tabela 1 - Modelos log-lineares de experimentos de captura-recaptura de população fechada para estimativas de casos de VPL. Município de São Paulo, SSP-SP e PROAIM, 2014 e 2015

	Estimativas de abundância e ajuste dos modelos (Unidades de Captura: 857)					
	Abundância (n)	Erro padrão	Deviance	AIC	BIC	InfoFit
M0	862.9	2.7	0.191	24,6	34,1	ok
Mt	892.9	2.6	0.000	26,47	40,7	ok
Mb	863.4	3.0	0.000	26,47	40,7	ok

Com base nos resultados, e considerando que o PROAIM registrou 403 casos de VPL (classificados originalmente na categoria Y35-CID-10) e a SSP reportou 794 MDIP, vemos que o PROAIM subnotificou em 53,2% e a SSP-SP em 7,9% o número de casos de VPL.

Se tomamos como referência o total de mortes por Intervenção Legal (Y35) após a reclassificação (n=789), a subnotificação das mortes por parte do PROAIM seria de apenas 8,5%, o que demonstra o ganho, em termos de qualidade do sistema de notificação, decorrente da busca dos óbitos em outras causas básicas de óbito e a ligação das bases de dados do Sistema de Mortalidade e da Secretaria de Segurança Pública.

No quadro 1 apresentamos um sumário dos resultados obtidos através dos diferentes métodos utilizados para as estimativas e os cálculos da subnotificação. Vemos que a vinculação das bases de dados da SMS e da SSP já impacta positivamente na qualidade da informação sobre VPL no MSP, aumentando a captação de casos. No PROAIM os casos registrados estavam

subnotificados em 49,2%, quando consideramos os óbitos por VPL incorretamente classificados em outras causas básicas.

As estimativas pelo MSE resultam em um número de casos superior ao encontrado com a reclassificação dos óbitos após a vinculação, como vemos no Quadro 1.

Quadro 1 - Número de casos registrados, corrigidos e estimados de VPL e estimativas de subnotificação no Município de São Paulo. SSP-SP e PROAIM, 2014 e 2015.

	Casos		Estimativa (MSE)	Subnotificação		
	Registrados (A)	Corrigidos (B) *	862 (C)	B/A	C/A	C/B
PROAIM	403	789*		49,2%	53,2%	8,5%
SSP	794	-		-	7,9%	-

* Corrigidos através da reclassificação da causa básica após a vinculação das bases de dados

Na Tabela 2 podemos observar as taxas de VPL por 100 mil habitantes, considerando os casos registrados e corrigidos após a vinculação das bases de dados das duas fontes, e a estimativa do MSE.

Tabela 2 - Taxas de Violência Policial Letal por 100/habitantes no Município de São Paulo. SSP-SP e PROAIM, 2014 e 2015

	Casos	Média	Taxa/100 mil
Registrados (PROAIM)	403	201,5	1,7
Registrados (SSP)	794	397	3,4
Corrigidos (PROAIM)	789	397,5	3,4
Estimativa MSE	862	431	3,7
População MSP*	-	11.547.817	-

*FONTE: FUNDAÇÃO SEADE

A taxa média estimada de VPL via MSE é 3,7 por 100 mil habitantes, taxa superior que a encontrada nos casos registrados pela SSP e pelo PROAIM original e corrigido. Vemos que a taxa média considerando os casos registrados pela SSP e reclassificados via *linkage* são idênticas, apontando para os benefícios da reclassificação.

Com base nesta estimativa observamos um aumento de cerca de 114,3% na taxa média quando comparamos com os dados originais do PROAIM na classificação Intervenção Legal (Y35) e 8,4% quando consideramos a taxa média registrada pela SSP e pelos óbitos reclassificados via *linkage*.

*

*

*

É nítido o ganho de informação com a utilização de duas fontes e sua compatibilização via *linkage*, que poderia ser realizado de maneira contínua no cotidiano do PROAIM, por exigir baixo orçamento e baixa tecnologia. Ademais, reforçamos a importância da colaboração e compartilhamento de dados entre CAP/SSP-SP e PROAIM, que poderia resultar em ganhos substanciais do ponto de vista da completude e qualidade da informação e também, do ponto de vista da acurácia e correta classificação dos óbitos na DO.

6.4. Caracterização Sociodemográfica

Nesta seção apresentamos as características sociodemográficas das vítimas de VPL no MSP entre 2014 e 2015. Apresentaremos os resultados a partir de dados que constam nas DOs, antes e após a reclassificação, e também os dados provenientes dos BOs registrados na SSP. Vimos que entre 2014 e 2015 houve 403 óbitos na categoria Y35 (Intervenção Legal) e 794 vítimas de MDIP. Após a reclassificação dos óbitos que constavam em outras causas de morte (seção 6.2.3), o número de óbitos por Intervenção Legal (Y35) aumentou para 789.

As características sociodemográficas das vítimas podem ser vistas na Tabela 3. Nos três cenários o perfil etário é muito jovem. Há, entretanto, uma discreta redução da média de idade, que passa de 23,5 anos ($sd=8,5$) antes da reclassificação, para 22,7 anos ($sd=8,0$) após a reclassificação, aproximando-se à média etária dos casos registrados no BO (22,8 anos, $sd=7,2$) (Tabela 3). Chama a atenção que cerca de 25% das vítimas morreram sem ao menos completar a maioridade civil (entre 17 e 18 anos) e 75% tinham até 25 ou 27 anos. A menor idade que encontramos durante este período foi 11 anos e a maior foi 77 anos.

Vemos que a mortalidade por intervenção policial é um fenômeno direcionado na sua totalidade ($>99,5\%$) para público masculino (Tabela 3). Quando consideramos os óbitos antes da reclassificação, encontramos apenas 1 caso envolvendo mulheres. Após a reclassificação esse número aumentou para três mulheres, coincidindo com o número registrado pela SSP. Considerando o número pequeno de óbitos (aumento de 1 para 3 vítimas), não houve mudança substancial na distribuição por sexo, sendo a violência Estatal perpetrada pela polícia direcionada quase que exclusivamente à população masculina do MSP.

Na Tabela 3 vemos a distribuição de óbitos segundo Raça/Cor. Chama a atenção a quantidade de negros mortos pela polícia, com a porcentagem variando de 59,8% dos óbitos antes da reclassificação (Tabela 3a), 64,5% após a reclassificação (Tabela 3b) e 70% nos registros da SSP (Tabela 3c). Esse dado aponta claramente para um viés racial da atuação policial no MSP. Também constatamos a diminuição da porcentagem de pessoas brancas mortas pela polícia quando comparamos os óbitos antes e após a reclassificação, de 39,2% para 35,4%, respectivamente.

A maioria absoluta das vítimas da polícia era solteira ($> 90\%$) (Tabela 3). A grande proporção de solteiros dentre os óbitos pode ser explicada pela baixa faixa etária daqueles que morreram. Com os óbitos reclassificados há o aumento de cerca de 5% dos solteiros quando comparado aos originalmente classificados como Intervenção Legal, se aproximando mais ao percentual encontrado entre os casos registrados pela SSP (Tabela 3).

Tabela 3- Caracterização Sociodemográfica das vítimas de violência policial letal. Município de São Paulo, SSP-SP e PROAIM, 2014 e 2015

	a)Y35- Intervenção Legal Originais (n=403)			b)Y35 – Intervenção Legal Após Reclassificação (n=789)			c)SSP (n=794)		
	Total	2014	2015	Total	2014	2015	Total	2014	2015
IDADE									
Média (sd);	23,5 (8,5);	22,7(8);	24,33	22,7	22,1	23,4	22,8	22,2	23,3
P50 (IQR)	21(18-27)	20 (17- 25)	(9); 21,5 (18-29)	(7,8); 20 (17- 26)	(6,7); 20 (17- 25)	(8,6); 20 (18- 27)	(7,2); 21 (17- 26)	(6,5); 20 (17- 25)	(7,8); 21 (18- 27)
SEXO									
Masculino N(%)	402 (99,8)	176 (99,5)	226 (100)	786 (99,5)	394 (99,5)	392 (99,5)	721 (99,5)	352 (100)	369 (99)
Feminino N(%)	1 (0,2)	1 (0,5)	-	3 (0,5)	1 (0,5)	2 (0,5)	3 (0,5)	-	3 (1)
RAÇA/COR									
Branços N(%)	157 (39,2)	69 (39,2)	88 (39,3)	276 (35,4)	143 (36,5)	133 (34,3)	223 (30)	122 (33)	101 (26,5)
Pretos N(%)	29 (7,2)	15 (8,5)	14 (6,3)	65 (8,5)	30 (7,5)	35 (9)	84 (11)	41 (11)	43 (11,5)
Pardos N(%)	214 (53,6)	92 (52,3)	122 (54,4)	439 (56)	219 (56)	220 (56,5)	440 (59)	205 (56)	235 (62)
Indígenas N(%)	-	-	-	1 (0,1)	-	1 (0,2)	-	-	-
ESTADO CIVIL									
Solteiro N(%)	347 (90)	151 (89,5)	196 (90,5)	690 (94,5)	347 (94)	343 (91)	463 (93,5)	220 (93,5)	243 (93,5)
Casado N(%)	19 (5)	10 (6)	9 (4)	29 (4)	11 (3)	18 (4,5)	29 (5,9)	12 (5,3)	17 (6,5)
DivorciadoN(%)	6 (1,5)	2 (1)	4 (2)	5 (0,5)	2 (0,5)	3 (1)	2 (0,4)	2 (0,8)	-
União ConsensualN(%)	14 (3,5)	6 (3,5)	8 (3,5)	6 (1)	10 (2,5)	13 (3,5)	-	-	-
Viúvo N(%)	-	-	-	-	-	-	1 (0,2)	1 (0,4)	-

(Continua)

Tabela 3- Caracterização Sociodemográfica das vítimas de violência policial letal. Município de São Paulo, SSP-SP e PROAIM, 2014 e 2015 (Continuação)

	a)Y35- Intervenção Legal Originais (n=403)			b)Y35 – Intervenção Legal Após Reclassificação (n=789)			c)SSP (n=794)		
	Total	2014	2015	Total	2014	2015	Total	2014	2015
ESCOLARIDADE(INSTRUÇÃO-SSP)									
Analfabeto	-	-	-	-	-	-	7 (1,4)	2 (0,9)	5 (2)
1º grau incompleto	-	-	-	-	-	-	30 (6,2)	16 (7)	14 (5,5)
1º grau completo	-	-	-	-	-	-	365 (75,3)	167 (72,6)	198 (77,5)
2º grau incompleto	-	-	-	-	-	-	11 (2,3)	5 (2,2)	6 (2,5)
2º grau completo	-	-	-	-	-	-	72 (14,8)	40 (17,4)	32 (12,5)
ESCOLARIDADE(ANOS DE ESTUDO-SIM)									
Nenhuma N(%)	52 (14)	20 (12)	32 (15,2)	87 (12,1)	34 (9,4)	53 (14,8)	-	-	-
1-3 anos N(%)	214 (57,7)	112 (66)	102 (48,6)	444 (61,7)	224 (62)	220 (61,3)	-	-	-
4-7 anos N(%)	99 (26,7)	37 (21,5)	62 (29,5)	180 (25)	99 (27,4)	81 (22,6)	-	-	-
8-11 anos N(%)	2 (0,5)	-	2 (1)	4 (0,6)	3 (0,8)	1 (0,3)	-	-	-
12> anos N(%)	4 (1)	1 (0,5)	3 (1,4)	5 (0,7)	1 (0,3)	4 (1,1)	-	-	-
LOCAL DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO									
Hospital N(%)	195 (48,4)	89 (55,5)	106 (47)	368 (46,5)	191 (48,5)	177 (45)	416 (55)	213 (57)	203 (53)
Outros estabelecimentos de Saúde N(%)	4 (1)	1 (0,5)	3 (1,5)	2 (0,2)	1 (0,2)	1 (0,2)	-	-	-
Domicílio N(%)	20 (5)	9 (5)	11 (5)	8 (1)	2 (0,5)	6 (1,5)	-	-	-
Via Pública N(%)	183 (45,5)	78 (44)	105 (46,5)	370 (47)	187 (47,5)	183 (46,5)	343 (45)	162 (43)	181 (47)
Outros N(%)	1 (0,2)	-	1 (0,4)	40 (5)	13 (3,5)	27 (7)	-	-	-
Total N(%)	403 (100)	177 (100)	226 (100)	788 (100)	394 (100)	394 (100)	759 (100)	375 (100)	384 (100)

FONTE: SSP-SP e PROAIM/CEINFO

Ao analisarmos as categorias utilizadas para classificação da escolaridade na DO e no BO vemos modos distintos de categorização. Na declaração de óbitos a escolaridade é classificada considerando os anos de estudo (de 0 a 12+ anos), enquanto no BO a escolaridade é classificada de acordo com a antiga nomenclatura do ciclo escolar (1º grau, 2º grau etc.). Optamos para fins de comparação mantermos as categorias originais de escolaridade por não encontrarmos uma solução adequada. Esta é a única categoria que apresenta forte divergência entre os dados de mortalidade (DO) e os registros policiais (BO).

Segundo os dados de mortalidade, 12% a 14% das vítimas, antes e depois da reclassificação dos óbitos, não possuía nenhum ano de escolaridade. Cerca de 70% das vítimas possuía menos de três anos de ensino formal e cerca de apenas 1% das vítimas tinha oito anos ou mais de estudos, o equivalente ao ensino fundamental completo. Não observamos mudanças significativas na distribuição dos óbitos por escolaridade antes e após a reclassificação.

Quando analisamos os dados da SSP encontramos um perfil bastante distinto e pouco plausível: cerca de 75% das vítimas possuíam o equivalente ao ensino fundamental completo (1º grau completo) e cerca de 15% possuía o 2º grau completo (ensino médio completo).

Quando analisamos os locais em que ocorreram os óbitos vemos que há o predomínio do hospital e da via pública (Tabela 3). Antes da reclassificação o hospital predominava com 48,4%, seguido da via pública com 45,5%. Após reclassificação vemos discreta mudança nesta distribuição, com 47% dos óbitos em via pública e 46,5% no hospital.

*

*

*

A caracterização sociodemográfica de ambos os bancos de dados aponta para um perfil bastante semelhante das vítimas da polícia: homens, jovens, negros e com baixa escolaridade.

O campo escolaridade foi o único a apresentar uma divergência acentuada nos dados sociodemográficos sobre as vítimas. Os dados da saúde e a literatura (Musumeci et al., 2012; Sinhoretto et al., 2014) sobre o tema parecem não corroborar os dados apresentados pela SSP-SP.

Observamos que após a reclassificação dos óbitos na categoria Y35 (Intervenção Legal), há uma maior semelhança das características das vítimas com aquela registrada pela polícia no BO, com exceção da escolaridade.

6.5. Distribuição Espacial da Violência Policial Letal no Municípios de São Paulo

A análise espacial nos possibilita o reconhecimento da distribuição das mortes pela polícia no espaço. Esta análise nos permite a compreensão do fenômeno da violência policial letal para além das características individuais que foram exploradas na seção 6.4. Nesta seção, apresentamos os resultados da análise da distribuição dos óbitos pela polícia no MSP, levando em consideração os locais de moradia das vítimas e os locais em que ocorreram os encontros fatais com a polícia.

Buscamos com as análises explorar os padrões espaciais mais pronunciados, evidenciando na geografia urbana os padrões de mortalidade. O conhecimento espacial é essencial para elaboração de políticas públicas para prevenção da violência letal que ocorre de maneira desigual no espaço, sendo reflexo dos processos de iniquidades sociais e em saúde históricos no Brasil.

Na seção 6.5.1 apresentaremos o resultado da análise da distribuição espacial com os dados obtidos através do PROAIM, antes e após o *linkage* e a reclassificação. Descreveremos como a adição dos óbitos reclassificados impacta a distribuição espacial dos óbitos nos distritos do MSP, evidenciando padrões de subnotificação espaciais, fruto da territorialização dos IMLs. Na seção 6.5.2 analisamos os óbitos segundo os locais de moradia das vítimas, que nos informam sobre o

direcionamento da violência Estatal para territórios e populações específicas, evidenciando dinâmicas urbanas letais a partir dos *clusters* de alta mortalidade bem definidos.

Buscamos dessa forma, investigar em que medida há alteração nas dinâmicas urbanas de mortalidade no espaço, avaliando se houve aprofundamento dos *clusters* de alta e baixa mortalidade. Ou seja, averiguamos se e como a adição dos casos reclassificados altera o padrão de distribuição espacial da mortalidade na cidade e avaliamos quais as regiões mais impactadas pela subnotificação.

A partir dos dados da SSP-SP, na seção 6.5.3 apresentamos as análises espaciais levando em conta os endereços disponibilizados nos BOs que indicam os locais no MSP em que ocorreram os confrontos fatais com a polícia. Estes nos informam os locais na geografia urbana em que há a maior presença da violência letal estatal.

6.5.1. Distribuição espacial dos óbitos por Intervenção Legal antes e após a reclassificação

Dos 403 óbitos classificados originalmente como Intervenção Legal (Y35) pelo PROAIM em 2014 e 2015, pudemos geocodificar 376 casos (93,5%). Dos 386 óbitos identificados através da ligação das bases de dados e reclassificados como Intervenção Legal (Y35), conseguimos geocodificar 366 óbitos (95%). Dessa forma, do total de óbitos por Intervenção Legal (n=789), 94% (n=742) foram geocodificados com sucesso. Em todos os cenários conseguimos um percentual bastante elevado para geocodificação (Ratcliff, 2004).

A grande maioria das vítimas, cerca de 90%, residia na cidade de São Paulo. Os demais se referem a óbitos que ocorreram no Município de São Paulo, com registro de residência em outro município. Destes, observamos que a maioria vivia em municípios da Grande São Paulo, com destaque para Osasco, Guarulhos e Diadema. Como nossa análise se concentra no MSP optamos por excluí-los de nossa análise.

6.5.1.1. Subnotificação dos Óbitos por VPL nos 96 distritos administrativos do MSP

Ao analisarmos a distribuição dos óbitos por distrito de habitação, considerando aqueles originalmente classificados como Intervenção Legal (Y35), notamos que dos 96 distritos que compõem a cidade de São Paulo, 28 não tiveram nenhum óbito por intervenção policial registrado. Já nos outros 68 distritos houve registro de ao menos um óbito por policiais. A média de óbitos por distrito no MSP é 3,5 ($sd=4,5$), com uma mediana de 2 ($IQR=0-5$). Quando adicionamos os óbitos reclassificados, vemos que apenas 13 distritos permanecem sem registro de óbito. A média por distritos dobra, com 7 óbitos ($sd=8$) e uma mediana de 4 ($IQR=2-9,5$).

No Gráfico 8 vemos a distribuição dos óbitos nos dez distritos com maior quantidade de óbito por Intervenção Legal após a reclassificação, em comparação a suas quantidades originais. Os distritos de Sapopemba, Brasilândia e Cidade Tiradentes apresentam a maior quantidade de óbitos por VPL. Vila Jacuí, Jardim São Luiz e Itaquera, que ocupavam a quarta, quinta e sexta posições antes da reclassificação, passam a ocupar as últimas posições após reclassificação, sendo superados, em quantidade de óbitos, por Jabaquara, Grajaú, Cidade Ademar e Campo Limpo, que possuíam originalmente poucos óbitos. Esses dados nos mostram que apesar da adição de óbitos, a VPL segue sendo um fenômeno concentrado em determinados distritos do MSP, que variam nas posições de maior violência entre si com a reclassificação.

Gráfico 8 - Dez distritos administrativos do Município de São Paulo com maior número de óbitos por intervenção Legal (Y35). PROAIM, 2014 e 2015

FONTE: PROAIM/CEINFO

Treze distritos não apresentaram incremento no número de óbitos com a reclassificação. A média de incremento foi de 3,5 óbitos por distrito ($sd= 4,5$) e a mediana de 2 (IQR= 1-5). No Gráfico 9, podemos observar o incremento no número absoluto de óbitos com a reclassificação, nos dez distritos com maior número de óbitos. Vemos que Sapopemba, além de ser o distrito com maior quantidade de óbitos cometidos por policiais nos dois cenários, é também o distrito em que ocorreu o maior incremento absoluto no número de óbitos ($n=21$) na cidade. Os distritos de Cidade Tiradentes, Grajaú, Jabaquara e Campo Limpo que não estavam entre os dez distritos com maior quantidade de óbitos antes da reclassificação, passam a integrar este grupo após a reclassificação. O menor incremento absoluto, neste grupo, foi de 10 óbitos em Sacomã e Cidade Tiradentes.

Gráfico 9 - Incremento no número absoluto de óbitos por Intervenção Legal nos dez distritos com maior número de óbitos no Município de São Paulo. PROAIM, 2014 e 2015

FONTE: PROAIM/CEINFO

Quinze distritos não possuíam óbitos antes da reclassificação, passando a ter após a vinculação das bases de dados. Em 8 distritos não houve aumento na quantidade de óbitos. O incremento relativo variou de 0% a 500%, com uma média de 110% (sd=117%) e mediana de 66% (IQR=40%-130%).

No Gráfico 10, vemos os dez distritos que apresentaram maior variação relativa em relação ao número de óbitos, antes e depois da reclassificação, apresentaram valores percentuais que variaram de 500% a 233%. Chama a atenção que os cinco distritos (Campo Belo, Parelheiros, Grajaú, Jardim Ângela, Jabaquara) que apresentaram maior variação percentual pertencem a Zona Sul.

No Mapa 1 apresentamos a distribuição espacial dos incrementos absoluto (Mapa 1a) e relativo (%) (Mapa 1b). Aumento absoluto pode ser observado em todas as regiões da cidade com concentração nas periferias do MSP (Mapa 1a). No Mapa 1b vemos o aumento percentual bastante pronunciado na Zona Sul.

**Gráfico 10 - Incremento Relativo (%) no número de óbitos por Intervenção Legal nos dez distritos com maior percentagem de óbitos no Município de São Paulo.
PROAIM, 2014 e 2015**

FONTE: PROAIM/CEINFO

**Mapa 1 - Mapa de Incremento Absoluto (n) no número de óbitos (A) e Mapa de Incremento Relativo (%) nos óbitos (B) após reclassificação de óbitos por Intervenção Legal (Y35).
Município de São Paulo, PROAIM, 2014 e 2015**

FONTE: PROAIM/CEINFO (Elaborado pelo autor)

6.5.1.2. Subnotificação da Taxa de VPL nos 96 distritos administrativos do MSP

No Gráfico 11 apresentamos a taxa bruta de mortalidade nos dez distritos com maiores taxas após a reclassificação dos óbitos e a comparação com sua taxa de mortalidade antes da reclassificação. Vemos que apenas o distrito da Sé manteve sua taxa de mortalidade inalterada antes e após a reclassificação dos óbitos (6 óbitos/100 mil habitantes).

A média da variação das taxas de mortalidade, antes e após a reclassificação, foi de 1 óbito por 100 mil habitantes ($sd=1$), com uma mediana de 1 (IQR= 0,4-1,7). A maior variação observada na taxa de mortalidade foi 4,4 óbitos/100 mil habitantes no distrito do Jabaquara e a menor variação observada foi zero (nenhuma alteração na taxa de óbito dos distritos) em 21 distritos.

Gráfico 11 - Taxa de mortalidade por Intervenção Legal antes e após a reclassificação nos dez distritos com maiores Taxa de mortalidade após reclassificação. Município de São Paulo. PROAIM, 2014 e 2015

FONTE: PROAIM/CEINFO

O maior incremento absoluto (Gráfico 12) na taxa de mortalidade foi encontrado em distritos da Zona Sul (Jabaquara, Morumbi, Campo Belo, Cidade Ademar, Campo Limpo e Grajaú), com incremento variando entre 2,5 até 4,4 óbitos por 100 mil habitantes. Vemos também três distritos

pertencentes a Zona Leste (Sapopemba, Guaianases e Cidade Tiradentes) e um à Zona Norte (Brasilândia).

Gráfico 12: Incremento absoluto taxa de mortalidade por Intervenção Legal nos dez distritos com maior incremento no Município de São Paulo. PROAIM, 2014 e 2015

FONTE: PROAIM/CEINFO

Vemos no Gráfico 13 o incremento percentual da taxa de mortalidade. Dos dez distritos que mais tiveram aumento relativo, os cinco primeiros pertencem a Zona Sul (Campo Belo, Parelheiros, Jardim Angela, Grajau e Jabaquara) e tiveram aumentos que variaram de 280% a 475% da taxa de mortalidade, o que nos indica que a subnotificação tampouco ocorre de maneira igual no MSP, se concentrando especificamente em alguns IMLs, como o da Zona Sul.

No Mapa 2 podemos observar a distribuição espacial do incremento nas taxas de mortalidade com a reclassificação dos óbitos. No Mapa 2a vemos a mudança absoluta da taxa e no mapa 2b vemos a mudança relativa (%).

**Gráfico 13 - Incremento relativo (%) da taxa de mortalidade por Intervenção Legal nos dez distritos com maior incremento no Município de São Paulo.
PROAIM, 2014 e 2015- PROAIM, 2014 e 2015**

FONTE: PROAIM/CEINFO

**Mapa 2 - Mapa de Incremento Absoluto (n) na Taxa de Mortalidade (A) e Mapa de Incremento Relativo (%) na Taxa de Mortalidade (B) após reclassificação de óbitos por Intervenção Legal (Y35) no Município de São Paulo.
PROAIM, 2014 e 2015**

FONTE: PROAIM/CEINFO (Elaborado pelo autor)

*

*

*

Nesta seção vimos como a subnotificação se distribui de maneira desigual do espaço urbano, indicado falhas graves na classificação dos óbitos na cidade como um todo, mas especificamente na Zona Sul e no seu IML responsável, com incremento relativo dos óbitos por VPL em determinados distritos que variaram na ordem de 300% a 500% e na taxa de 350% a 400%. Esta distorção causada pela falha na classificação dos óbitos compromete o conhecimento preciso do padrão da distribuição espacial das mortes e a elaboração das políticas públicas de prevenção.

Pudemos observar que o número de distritos administrativos sem registro de óbitos caiu de 28 para 13, e apenas 8 distritos não apresentaram incremento de óbitos com a reclassificação. Distritos que possuíam taxas baixas e moderadas de óbito passaram a ter taxas altas e muito altas de mortalidade, como veremos a seguir.

Este exemplo nos possibilita ver os ganhos decorrentes da vinculação das bases de dados e da reclassificação dos óbitos. Vimos que o quadro apresentado apenas pelos óbitos originalmente classificados como Intervenção Legal nos leva a conclusões equivocadas sobre os territórios de mortalidade no MSP, podendo gerar avaliações e políticas públicas que não refletem a realidade dos territórios. Ademais, o resultado aponta para problemas no IML da região Sul do município.

Na próxima seção vamos investigar a distribuição espacial das taxas de mortalidade antes e após a reclassificação dos óbitos, buscando identificar as alterações no padrão de distribuição da mortalidade.

6.5.2. Análise espacial da distribuição da mortalidade por Intervenção Legal (Y35)

A Taxa Bruta de Mortalidade no MSP foi classificada como Sem Óbito, Taxas Baixas (inferior a 0,7/100 mil), Moderadas (0,7 – 1,3/100 mil), Altas (acima de 1,3 -2,3/ 100 mil) e Muito Altas (acima de 2,3/100 mil). Esta classificação foi baseada nos quintis da taxa bruta dos óbitos originalmente classificados como Intervenção Legal (Y35).

Com a reclassificação dos óbitos (Mapa 3b), refizemos a distribuição espacial a partir dos valores estipulados no quintis originais e vimos um aprofundamento da categoria das Taxas Muito Altas (>2,3 óbitos/100 mil), passando de 19 distritos para 43. As outras categorias das Taxas de Mortalidade se mantiveram estáveis, com exceção dos sem óbitos e das Taxas Baixas. Daqueles distritos que passaram a ter óbitos com a reclassificação (n=15), 4 migraram para as taxas baixas, 6 para as taxas moderadas e 5 para as taxas altas.

A comparação dos dois mapas aponta para a manutenção no padrão de distribuição espacial das Taxas Altas e Muito Altas na Zona Norte do Município e o aprofundamento da mortalidade policial na região Leste, com Taxas Muito Altas de Mortalidade. O distrito de José Bonifácio é uma exceção na região.

Após a reclassificação (Mapa 3b), há uma intensificação de Taxas Altas e Muito Altas na Zona Sul, sendo esta a região do MSP que apresentou maior variação da taxa de mortalidade e, portanto, apresentou a maior taxa de subnotificação da morte decorrente da atividade policial, como vimos nos mapas e gráficos acima (Gráficos 8-13 e Mapas 1 e 2).

O distrito do Morumbi e do Jabaquara evidenciam este fenômeno. Com a reclassificação dos óbitos, o distrito do Morumbi passa a ser o segundo distrito com maior taxa de mortalidade, quando antes ele ocupava a décima posição. Já o distrito do Jabaquara, que era um distrito do grupo com Taxas Moderadas, passou a ser um distrito com taxa muito alta.

Mapa 3 - Distribuição espacial das taxas Brutas de mortalidade por Intervenção Legal (Y35) antes (A) e após (B) a reclassificação dos óbitos no Município de São Paulo. PROAIM, 2014 e 2015

FONTE: PROAIM/CEINFO (Elaborado pelo autor)

6.5.2.1. Autocorrelação espacial

Na Tabela 4 apresentamos os resultados da análise de autocorrelação espacial antes e após a reclassificação dos óbitos. O Índice Global de Moran aponta de forma consistente para uma autocorrelação espacial das mortes pela polícia no MSP antes e depois da reclassificação.

O Índice Global de Moran aponta para um resultado de dependência espacial da mortalidade policial no espaço urbano da Cidade de São Paulo. O valor de $p=0,001$ nos indica significância estatística, o que nos permite concluir que a dependência espacial do fenômeno não se deu pelo acaso. Podemos observar na Tabela 3 os respectivos valores do Índice Global de Moran (I).

Tabela 4 - Autocorrelação espacial das mortes pela polícia no Município de São Paulo (Índice Global de Moran-I). PROAIM, 2014 e 2015

	Antes da Reclassificação	Depois da reclassificação
Moran's I	+ 0,25 ($p=0,001$)	+ 0,24 ($p=0,001$)

A magnitude da autocorrelação espacial indicada pelo teste de Moran, corrobora

substancialmente a hipótese de segregação espacial da mortalidade pela atividade policial no MSP, uma vez que os valores indicam agregação das taxas no espaço urbano (Taxas Altas próximas a Taxas Altas e Taxas Baixas próximas a Taxas Baixas).

Um outro aspecto a ser considerado é a mudança mínima no índice Global de Moran antes e após a reclassificação, de +0,25 para +0,24, o que sugere que, mesmo considerando maior quantidade de casos e, portanto, maior variância, existe uma constância do I de Moran, que reforça a hipótese de não aleatoriedade do direcionamento da VPL no espaço urbano. Embora haja a adição de óbitos estes tendem a se manter aglomerados espacialmente.

6.5.2.2. Índice de Moran Local Univariado (LISA)

O Índice Global de Moran fornece apenas um único valor na medida de associação espacial para o conjunto de dados. Dada a grande abrangência geográfica e as diferenças locais nos distritos do MSP faz-se necessária a busca por indicadores de associação espacial que evidenciem as realidades locais e nos explicitem as dependências espaciais dos fenômenos. As análises locais testam a presença de diferenças espaciais, na busca de exceções e padrões de autocorrelação mais evidentes. Deste modo, utilizamos o Índice de Moran Local Univariado (LISA) para identificar distritos que apresentam uma associação não aleatória com os valores observados nas unidades vizinhas, agrupando as taxas em cinco padrões de mortalidade.

O primeiro grupo, em vermelho, presente na Zona Leste do MSP antes e após a reclassificação, denominado Alto-Alto, é composto por distritos que apresentam Altas Taxas de Mortalidade dentro do seu território, concomitantemente, com Altas Taxas nos distritos vizinhos. Este grupo chama atenção pela concentração de mortalidade pela atividade policial, sendo estes distritos considerados com o risco ampliado de óbito por VPL.

Os distritos que compõem este grupo nos dois cenários são: Ermelino Matarazzo, Iguatemi, Itaquera, São Mateus e São Miguel. Vemos que com a reclassificação dos óbitos, os distritos da Ponte Alta e Vila Jacuí deixam de fazer parte deste grupo.

Mapa 4 - Índice de Moran Local Univariado (LISA) para as os endereços de residência das vítimas no Município de São Paulo. PROAIM, 2014 e 2015

FONTE: PROAIM/CEINFO (Elaborado pelo autor)

O grupo de Baixa Mortalidade (Baixo-Baixo), em azul escuro, representa distritos com baixas taxas de mortalidade em seu território, ao mesmo tempo que existem baixas taxas nos distritos vizinhos. Em ambos os mapas este grupo é composto pelos distritos do centro expandido e região oeste, antes e após a reclassificação. Vemos que antes da reclassificação, no mapa 4a, há também a presença do distrito de Parelheiros na Zona Sul, que deixa de fazer parte deste grupo no mapa 4b, uma vez que os seus distritos vizinhos passam a ter um aumento significativo de taxas de mortalidade.

Vemos o grupo Alto-Baixo que se caracteriza por Altas Taxas de Mortalidade em seu território e baixas taxas em seus vizinhos. No Mapa 4a vemos cinco distritos nesta categoria e no Mapa 4b, 2 distritos permanecerem neste grupo (Morumbi e Vila Maria). O distrito de Santana, que

pertencia a este grupo no mapa 4a, passa a fazer parte do grupo de Baixo-Baixo no mapa 4b. Nos dois mapas o distrito de José Bonifácio pertence ao grupo de Baixos-Altos, tendo baixas taxas em seu território e convivendo com altas taxas em seu entorno. No mapa 4b o distrito do Aricanduva passa a fazer parte desse grupo.

Os dois mapas mostram de maneira bastante clara a existência de *clusters* de alta e baixa mortalidade por intervenção legal no MSP. Vemos que apesar das alterações apontadas, existe a manutenção dos territórios de alta e baixa violência no MSP, fundamental para a compreensão da VPL e para a elaboração de políticas públicas para a prevenção da violência. Vemos que mesmo com a reclassificação dos óbitos de VPL há a manutenção dos padrões espaciais pronunciados no MSP.

6.5.3. Análise Espacial dos Boletim de Ocorrência registrados como MDIP (Locais de enfrentamento letal)

Do total de 794 casos registrados como MDIP no banco de dados da SSP-SP nos anos de 2014 e 2015, pudemos geocodificar 717 casos (90,3%). Dos 77 casos que não conseguimos georreferenciar, 13 (1,65%) não possuíam logradouros, 17 (2,14%) não possuíam numeração e 47 (6,54%) possuíam numerações imprecisas. Segundo a literatura especializada (Ratcliff, 2004), novamente, obtivemos um valor bastante alto para a geocodificação.

A média de óbitos por distrito entre os anos de 2014 e 2015 foi 3,7 (sd=3,2) com uma mediana de 3 (IQR=1-5,5). Apenas 7 distritos (7,3%) não apresentaram óbitos em seu território, são eles: Jaguará, Liberdade, Alto de Pinheiros, Belém, Cambuci, Consolação e Marsilac. Os dez distritos com maior número de MDIP podem ser observados na Tabela 4. Em conjunto esses distritos concentram 30% dos MDIP ocorridos no município no período, com proporções variando

entre 4,18% e 2,23%. Considerando o total de MDIP ocorridos nesses distritos (n=214) o distrito da Brasilândia concentra 14,02% dos casos, com 30 MDIP em dois anos.

Tabela 5 - Dez distritos do Município de São Paulo com maiores números de Mortes decorrentes da intervenção policial. SSP-SP-2014 e 2015

Distritos	n	% no total de MDIP no MSP	% no total de MDIP nos 10 distritos
Brasilândia	30	4,18	14,02
Jabaquara	27	3,76	12,62
Campo Limpo	26	3,62	12,15
Vila Jacuí	22	3,00	10,28
Sapopemba	21	2,92	9,81
Itaim Paulista	20	2,78	8,33
Itaquera	19	2,64	8,88
São Mateus	17	2,37	7,94
Santo Amaro	16	2,23	7,48
Vila Curuçá	16	2,23	7,48
Total	214	30%	100%

FONTE: SSP-SP

6.5.3.1. Taxa de Homicídio por Intervenção Policial (2014-2015)

Entre os distritos, a menor taxa observada foi zero óbitos e a maior foi 17,8 óbitos/100 mil no distrito da Sé. A mediana foi 2,7/100 mil (IQR=1,2-4,3).

As taxas foram categorizadas segundo quartis para confecção de mapas temáticos. Com base nas Taxas Brutas os distritos foram classificados como apresentando Taxa Baixa (< 1,3/100 mil), Moderada (1,3 -2,7/100 mil), Alta (2,71-4,3/100 mil) e Muito Alta (>4,31/100 mil).

No Mapa 5 podemos observar a distribuição da Taxa Bruta por distritos do MSP. Vemos que a distribuição é bastante difusa no município, com todas as regiões apresentando Taxas Altas e Muito Altas de mortalidade.

Destacamos quatro distritos que apresentaram taxas de mortalidade ao menos duas vezes maior do que o desvio padrão (>8,6 óbitos/100 mil): os distritos da Sé (Centro), Butantã (Zona Oeste), Santo Amaro (Zona Sul) e Parque do Carmo (Zona Leste). Estes quatro distritos podem ser considerados distritos com padrão de VPL muito acima média do município, tendo um risco

ampliado para enfrentamentos fatais com a polícia. O distrito da Sé destoa do restante do município por possuir uma taxa muito elevada (17,8/100 mil), estando muito acima das taxas do restante da cidade (quatro vezes maior que o desvio padrão), sendo um *outlier* na nossa análise. Isto pode ser explicado parcialmente pela baixa população residindo no distrito e também por ser o distrito com maior circulação de pessoas na cidade, bem como um dos distritos com maior circulação de bens e capitais no município.

Mapa 5- Distribuição espacial da Taxa Bruta de mortalidade decorrente da intervenção policial no Município de São Paulo. SSP-SP, 2014 e 2015

FONTE: SSP-SP(Elaborado pelo autor)

6.5.3.2. Autocorrelação Espacial

Calculamos o Índice Global de Moran (I) com a Taxa Bruta. A autocorrelação apontada pelo I de Moran é de +0,04, um valor baixo para dependência espacial do fenômeno, que se aproxima da

aleatoriedade. O valor de $p=0,001$, no entanto, nos indica significância estatística, o que nos permite concluir que a dependência espacial do fenômeno, embora seja de baixa magnitude, não se deu pelo acaso, tendendo a formação de *clusters*.

6.5.3.3. Índice de Moran Local Univariado (LISA)

Para a identificação dos padrões locais de distribuição espacial calculamos o Índice de Moran Local Univariado (LISA). No Mapa 6 são apresentados os quatro padrões significantes identificados.

O padrão Alto-Alto (Vermelho) representa *clusters* de alta mortalidade e foi encontrado em apenas 1 distrito (Vila Sônia) na Zona Oeste, tendo ele alta taxa de mortalidade e sendo rodeado por vizinhos com alta mortalidade (Butantã, Campo Limpo, Raposo Tavares, Morumbi).

Mapa 6 - Índice de Moran Local Univariado (LISA) para os endereços de confronto fatal com a polícia. Município de São Paulo, SSP-SP-2014 e 2015

FONTE: SSP-SP (elaborado pelo autor)

O padrão Baixo-Baixo representa *clusters* de baixa mortalidade. Cinco distritos estão neste grupo que possui baixas taxas de mortalidade em seu território e baixas taxas de mortalidade em seus vizinhos. São considerados aglomerados de baixa mortalidade e risco reduzido de MDIP. Neste grupo estão os distritos do Jardim Paulista, Consolação, Ipiranga, Perdizes e Vila Leopoldina na região Central e Oeste, e o distrito do Ipiranga na Zona Sul.

O distrito do Bom Retiro, na Zona Central no MSP, é o único distrito pertencente ao grupo de Baixo-Alto, que se caracteriza por baixas taxas no território e altas taxas na vizinhança.

Já os distritos, de Vila Maria e São Domingos da região administrativa Norte compõem o grupo Alto-Baixo (altas taxas no território e vizinhos com baixas taxas).

.

*

*   *

É possível notar que existe uma complementaridade dos mapas produzidos a partir dos dados do PROAIM e da SSP, que apontam para as distintas dinâmicas letais do município. Podemos observar que os dados provenientes do PROAIM, com base nos endereços de residência das vítimas, nos informam do direcionamento da violência Estatal para populações que residem em territórios específicos. As taxas muito altas se localizam principalmente nas bordas do município, em todas as direções (Mapa 3a e 3b).

Com a adição dos óbitos reclassificados (Mapa 3b), vemos as taxas de alta mortalidade subirem como um todo no município, mas com especial intensidade na Zona Sul (região com maior subnotificação- Mapa 1 e Mapa 2) e na Zona Leste em que há um aprofundamento das Altas Taxas de Mortalidade. Podemos dizer que na Região Oeste, Norte e Central as altas taxas de mortalidade não sofrem tantas alterações.

Vemos com Moran Global, que apesar da adição dos óbitos, o valor de autocorrelação se mantém estável, o que indica que os novos óbitos adicionados se mantêm geograficamente coesos,

corroborando o direcionamento da VPL para territórios e populações específicas do município. Este padrão indica dinâmicas de segregação espacial no MSP, com territórios que possuem muitos óbitos decorrentes da atividade policial de seus habitantes, e outros que não possuem quase nenhum.

Já os dados da SSP-SP, que nos indicam os locais de confronto fatal, apresentam um padrão difuso (Mapa 5), observado através do mapa e da baixa magnitude da dependência espacial, que nos sugere uma aleatoriedade da VPL no espaço urbano.

Nos mapas LISA (Mapa 4 e Mapa 6), observamos a formação de clusters de alta e baixa mortalidade que nos permitem observar as dinâmicas de desigualdade de mortalidade no município. Nos Mapas 4 e 6, vemos a coincidência dos distritos com baixa mortalidade, em sua maioria do eixo centro expandido e zona oeste, regiões caracterizadas por melhores condições socioeconômicas.

Quando observamos os *clusters* de alta mortalidade, o único distrito que apresenta padrão pronunciado de mortalidade a partir dos endereços de enfrentamento fatal é o distrito da Vila Sônia na região Oeste. Já quando nos debruçamos sobre os endereços de moradia, os distritos da região leste aparecem como *clusters* de alta mortalidade (Ermelino Matarazzo, Iguatemi, Itaquera, São Mateus e São Miguel).

7. DISCUSSÃO

O nosso estudo teve como objetivos estimar a subnotificação das mortes por VPL no MSP, avaliar a completude do preenchimentos das informações dos casos de VPL nos sistemas de informação de mortalidade (PROAIM) e da Secretaria de Segurança Pública, identificar as categoriais da CID-10 utilizadas nos casos incorretamente classificados, reclassificá-los e analisar a distribuição espacial dos casos no município segundos as fontes de informação, nos anos de 2014 e 2015, que são anos chaves para o entendimento do aumento da VPL no MSP, que se mantém até hoje (Ouvidoria da Polícia do ESP, 2017).

O número de casos oficialmente registrados pelo PROAIM e pela SSP difere substancialmente, em torno de 100%, evidenciando a subutilização da categoria Intervenção Legal (Y35) pelo Sistema de Informação em Saúde. Vimos que as duas fontes subnotificam este tipo de evento, no entanto, em magnitudes distintas, quando utilizamos as estimativas apontadas via MSE (53,2% no SIM e 7,9% na SSP). A existência de divergência entre essas duas fontes de informação é reconhecida na literatura e não expressam a totalidade de casos de VPL (Jesus e Morta, 2010; Krieger et al., 2015; Lum et Ball, 2015; Feldman et al., 2017; Lopes et al., 2018). Sabemos que existe um contingente de casos que escapam dos sistemas de monitoramento da violência letal (Lum et al., 2013), por isso utilizamos o MSE para estimar a totalidade de casos de VPL no município.

Uma das causas para a divergência no número de casos registrados nos dois sistemas poderia ser a utilização de critérios de classificação distintos para as mortes. É o que ocorre, por exemplo nos casos de morte por agressão/homicídios. No caso do PROAIM, para todos casos de óbito que decorrem de violência interpessoal (intencional), que não tenha sido perpetrada por policial, existe apenas uma categoria da CID-10 para classificação da causa básica do óbito (agressão: X93-Y09). Já do ponto de vista criminal este caso pode ser classificado em distintas categorias penais como o homicídio, o latrocínio ou lesão corporal seguida de morte. O mesmo não

ocorre nos casos de VPL: tanto o PROAIM como a SSP possuem apenas uma categoria para classificar esses casos, respectivamente a Intervenção legal (Y35) e o MDIP. Desta forma, não seria esperada uma diferença no número de casos de cerca de 100%, e a grande subnotificação por parte do PROAIM.

O SIM é considerado o sistema de informação mais confiável para o estudo das mortes por agressão ou homicídios (Cerqueira, 2013). As vantagens do SIM decorrem da sua abrangência nacional, boa cobertura, padronização do registro das informações na DO, sistematização em uma base de dados nacionais e acesso público aos dados, além da concentração de todos os casos de morte violenta interpessoal intencional em uma única categoria. Nas últimas décadas esforços foram feitos no País para melhorar a qualidade dos dados de mortes por agressão, em especial no que se refere ao uso da categoria mortes por causa externa com intencionalidade indeterminada, grande responsável pela subnotificação das mortes por agressão na década de 1990. Quando analisamos as mortes por VPL, a categoria Intervenção Legal (Y35), o mesmo não ocorreu. Apesar do uso crescente, a categoria Intervenção Legal (Y35) continua sendo subutilizada, com um alto grau de subnotificação se comparados aos dados produzidos pelas Secretarias de Segurança Pública (IPEA/FBSP, 2018).

A partir da vinculação das duas bases de dados vimos que a maior parte dos óbitos por VPL foram classificados incorretamente (53%), sendo a categoria “Agressão por Disparo de Armas de Fogo- Não Especificada” (X93-95) a mais frequentemente utilizada (50%). Resultado semelhantes encontraram Jesus e Mota (2010) em Salvador, com todos os casos de VPL classificados nesta categoria do CID-10. Já Lopes e colaboradores (2018) constataram a subnotificação no Estado do Rio Janeiro em 2014, realizando a busca na categoria de causas externas indeterminadas (Y10-34).

Embora não seja possível identificar, através de nosso estudo, as causas da subutilização da categoria Y35 no MSP, alguns aspectos merecem ser discutidos. Considerando o fluxo que devem seguir todos os casos de morte por causa externa no País, é de responsabilidade do médico legista

(ou de médico investido de autoridade judicial ou policial) o preenchimento da DO após exame pericial necroscópico.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2009: p.12), no seu Caderno de Manual e Guias Técnicas, especifica, entre as causas externas de morte os “Homicídios, acidentes, suicídios, mortes suspeitas”, não havendo nenhuma referência às mortes por Intervenção Legal, embora esta categoria esteja prevista como uma das causas externas de Morbidade e Mortalidade na CID-10. Tampouco na Declaração de Óbito, no campo 56, “Causas Externas”, há a tipificação da morte por Intervenção Legal (Y35). Essa ausência pode, ao menos parcialmente, explicar a inexpressividade do uso desta categoria, como pudemos observar em nosso estudo, na definição da causa básica de óbito.

Lacuna semelhante é encontrada quando observamos que o PROAIM, fonte de dados deste estudo, estabelece entre suas atribuições realizar investigação junto ao IML com o objetivo de aprimorar a informação da DO, garantindo a sua qualidade, nos casos de óbito por causas externas, especificamente homicídios, suicídios e acidentes (PROAIM, 2019). A ausência de menção explícita à VPL e a categoria Intervenção Legal (Y35) aponta para o ainda frágil reconhecimento das especificidades deste problema, entre as causas externas de morte, pelo campo da Saúde. Cabe ressaltar que a informação pode ser obtida junto à SSP, órgão ao qual está vinculado o IML, através da consulta ao Boletim de Ocorrência.

Como mencionamos anteriormente, em São Paulo, o IML está subordinado à Superintendência da Polícia Técnico-Científica e tem, entre suas funções, auxiliar as Polícias Civil e Militar, e o sistema judiciário. A DO, por sua vez, é um documento que possui tanto função legal, esclarecendo as circunstâncias em que ocorreu o óbito, com suas implicações jurídicas (Mello Jorge et al., 2003; Jesus e Mota., 2010), e epidemiológicas, subsidiando o SIM com informações sobre a situação de saúde das populações (Brasil, 2009). No Laudo, os peritos registram as informações provenientes do corpo e apresentam os fatos que levaram ao óbito (Medeiros, 2018).

Esta fronteira tênue da DO, com sua dupla função, jurídico-penal e sanitária, foi apontada como uma das causas para o preenchimento incorreto da causa básica de morte por receio de médicos legistas em envolvimento futuro com autoridade policiais e judiciais (Mello Jorge et al., 2003; Jesus e Mota, 2010; Melo, 2013). Dada a importância da DO para a produção de conhecimento em Saúde, esforços feitos no sentido de desvinculá-la do processo jurídico-policial e reforçar a sua importância epidemiológica, melhorando a qualidade das informações sobre mortes por agressão e por violência policial no Brasil, mostram-se fundamentais.

Quando analisamos os óbitos por Intervenção Legal (Y35), cuja subnotificação em São Paulo é bastante significativa, assim como em Salvador (Jesus e Mota, 2010) e no Rio de Janeiro (Lopes et al., 2018), é preciso questionar se as possíveis implicações jurídicas do uso da categoria Intervenção Legal (Y35) pelos médicos legistas podem ser um dos motivos para a sua subutilização. Melo et al. (2013) apontam que os legistas muitas vezes se revestem de uma postura pragmática, se eximindo do esclarecimento das dinâmicas dos eventos que levaram à morte, fato essencial para a compreensão do óbito e a descrição sobre o seu contexto, se restringindo apenas a descrever as lesões.

Outro aspecto a ser considerado é a vinculação do IML e, consequentemente dos médicos legistas, à SSP e às instituições policiais. A “lei do silêncio” (Simões e Reichenheim, 2001) no preenchimento da DO pode ser entendida tanto como expressão do medo das consequências, como também um movimento de preservação institucional e corporativismo, uma vez que mesmo possuindo as informações sobre os óbitos, os legistas não as transferem à DO e aos órgãos responsáveis (Simões e Reichenheim, 2001; Farias, 2014). Com a vinculação do IML à estrutura da SSP perpetuam-se as dúvidas sobre sua imparcialidade e independência, questão fundamental para a subnotificação da VPL no SIM, que tem sua origem nas informações provenientes do IML (Pereira, 2013).

Não podemos desconsiderar o material etnográfico (Farias, 2014; Medeiros, 2018) que se debruça no trabalho do IML do Rio de Janeiro, e que aponta de maneira consistente para o esvaziamento dos laudos, por meio da burocracia especializada, omitindo informações sensíveis para a investigação, por meio de falhas, incompletudes e distorções, dentro do espectro e do verniz da legalidade. Diferentemente dos laudos da ditadura que eram forjados e adulterados, aqui, a atuação do especialista se dá na economia de um especialista que conhece a burocracia e atua dentro de sua margem.

Embora não tenhamos material etnográfico do IML de São Paulo e não possamos generalizar os resultados dos trabalhos realizados no Rio de Janeiro, Hattori e colaboradores (2016) afirmam que a perpetuação dos legados desenvolvidos na Ditadura Militar de desinformação e ocultamentos administrativos seguem se reproduzindo e atualizando no IML de SP. Como nos lembra Farias (2014), não cabe aqui apontarmos falhas de cunho individual e jogarmos luz na atuação deste ou daquele legista, mas sim de compreendermos determinados mecanismos de manutenção da desinformação e do corporativismo. Apesar de essencial para o nosso tema de pesquisa, a produção da informação pelo IML precisa ser melhor investigada, principalmente na cidade de São Paulo, uma vez que a DO é um documento não apenas jurídico-penal, mas epidemiológico e o preenchimento falho e a classificação incorreta da causa de morte comprometem o conhecimento fidedigno do perfil de mortalidade da população ao subnotificar as mortes por VPL.

Ressaltamos que a composição das informações para os dados de mortalidade é essencialmente intersetorial, sendo as fontes de informações de diferentes origens complementares e nenhuma fonte totalmente completa, correta e suficiente (Mello-Jorge et al., 2003). Destacamos em especial o campo 58 da DO, “fontes de Informação”, em que é esperado do legista o uso de outras fontes de informação para a definição da causa básica. Em nossa revisão bibliográfica, vimos poucas menções a este campo específico, se constituindo como lacuna na produção bibliográfica

sobre a mortalidade no Brasil. Nosso trabalho também não contemplou este campo tão importante, sendo esta uma limitação, uma vez que nos impede de conhecer que fontes de dados os legistas utilizaram para a definição da causa básica, em especial o uso, ou não, dos BOs. Enfatizamos que o preenchimento deste campo não deve se constituir apenas uma demanda burocrática de produção de dados, mas uma oportunidade estratégica de efetivação e ampliação da cobertura do SIM para o uso da categoria Intervenção Legal (Y35).

Epidemiologistas (Krieger et al., 2015; Feldman et al., 2017) tem discutido a necessidade de aprimoramento do sistema de monitoramento das mortes pela polícia, principalmente nos EUA, que segundo eles, deve ser considerado um evento prioritário para vigilância epidemiológica, uma vez que a atuação policial não apenas reproduz as desigualdades, mas pode aprofundá-las (Gonzalez, 2017). A fim de delinear a gravidade da subnotificação e suas implicações políticas e sociais, é preciso mencionar os esforços realizados pelo jornal inglês *The Guardian*, através do site ‘*The Uncounted*’, que iniciou uma contagem paralela à oficial (Saúde e Segurança) nos EUA nos casos de VPL.

No Brasil, embora não tenhamos ainda uma fonte alternativa de informações para pesquisa, iniciativas têm sido feitas neste sentido, a exemplo do Monitor da Violência, em uma parceria entre o Núcleo de Estudos da Violência da USP (NEV/USP), o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) e o portal G1⁸¹. A inexistência de uma fonte alternativa de informações sobre VPL dificulta a identificação da subnotificação por parte da SSP e do SIM. Atestamos que a utilização de diversas listas parciais, possibilitam o dimensionamento da magnitude da violência e sua subnotificação. Enfatizamos que um banco de dados utilizando reportagens de mídia, tal qual o Banco de Dados da Imprensa sobre as Graves Violações de Direitos Humanos do NEV/USP⁹² contribuiria para o maior entendimento das dinâmicas de VPL no Brasil e em São Paulo.

---

8 Monitor da Violência. NEV/USP, FBSP e Portal G1. Disponível em: <https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/>. Acesso no dia: 28 out. 2020

9 Banco de dados da Imprensa sobre as Graves Violações de Direitos Humanos (NEV/USP). Disponível em: <https://nev.prp.usp.br/pesquisa/monitoramento-das-graves-violacoes-aos-direitos-humanos/>. Acesso no dia: 28 out. 2020

Reforçamos que é nítido o ganho de informação com a utilização de duas fontes e sua vinculação, o que poderia ser realizado de maneira contínua, por exigir baixo orçamento e baixa tecnologia. A utilização das duas fontes de dados, para além de garantir ampliação da captação dos óbitos e a utilização correta da categoria de causa básica de morte, garante o melhor preenchimento dos campos sociodemográficos das fontes de informação, possibilitando análises mais robustas e mais complexas que aprofundam o entendimento do fenômeno da VPL. Quando reclassificamos os óbitos, vimos um ganho substancial por parte do PROAIM, que passou a ter a mesma taxa média de VPL do que a SSP (3,4/100 mil). A vinculação dos bancos e a reclassificação da causa básica de óbito corrigiu o número de óbitos para valores bastante próximos àquele obtido com a estimativa do MSE.

Apesar da SSP reportar mais casos, seus dados são na maioria da vezes incompletos quando nos detemos nas características sociodemográficas das vítimas, possuindo qualidade inferior na completude dos dados, com altos percentuais de informação faltante, em função da dinâmica do trabalho policial e da características daqueles que são vitimados pela polícia e seu contexto (*“Quem sai pra trocar tiro com a policia geralmente não anda com RG no bolso”*¹⁰³). Já o PROAIM, apesar de reportar menos casos de VPL, possui qualidade excelente no quesito completude nos campos de nosso interesse. Curiosamente, a “parte não médica da DO”, segundo Melo et al. (2013) e testemunhada por Medeiros (2018), é a parte mais bem preenchidos da DO, já a “parte médica” da DO, o campo VIII, possui falhas consideráveis nas circunstâncias de óbito por VPL.

O reconhecimento de problemas distintos afetando as fontes oficiais de informação (Saúde e Segurança Pública) sugerem que esforços para compatibilização das bases de dados resultará em ganhos substanciais para ambas as fontes, aprofundando a compreensão do tema e atuando na melhora da qualidade da informação. Destacamos que o PROAIM já realiza relacionamento entre

---

10- Relato de uma conversa de um pesquisador que compõem o Comitê Paulista de Prevenção aos Homicídios na Adolescência, com um policial, acerca da baixa completude dos dados da SSP-SP. Reunião do Comitê de Prevenção aos Homicídios na adolescência. São Paulo, 2020.

bancos de dados com a CET, para acidentes de trânsito, e com os dados do SINASC, para óbitos de recém-nascidos, e que deveria incluir na sua rotina a vinculação do banco de dados da SSP-SP, mantendo assim o caráter inovador e pioneiro do órgão que é tido como um exemplo de gestão municipal do SIM. O compartilhamento de dados em nível secretarial seguramente possibilitaria o melhor monitoramento da VPL no MSP, com a cidade se tornando referência mundial para o monitoramento deste tipo de evento.

Com a metodologia do MSE estimamos o número de óbitos, confirmando a subnotificação nas duas fontes, embora em magnitudes distintas e bastante superior no PROAIM em comparação à SSP. A metodologia do MSE nos mostra a importância de termos duas fontes de informação para o monitoramento da violência, que em um cenário ideal atuariam de maneira complementar. Com base nas duas fontes de informação, o MSE nos dá a dimensão mais exata da qualidade da coleta de dados de mortalidade. Podemos dizer que a reclassificação dos óbitos no PROAIM, buscando os casos de MDIP em categorias de óbito envolvendo arma de fogo, se faz urgente e é uma metodologia eficaz, barata e rápida de correção das distorções das estatísticas de mortalidade. Quando comparamos a subnotificação dos óbitos reclassificados com a estimativa do MSE, vemos que a subnotificação foi pequena (8,4%), comparada ao cenário inicial de subnotificação (53,2%). Cabe ressaltar ainda que, embora tenhamos conseguido parear a quase totalidade dos casos de MDIP com os óbitos da base de dados do PROAIM, 68 casos de MDIP não puderam ser encontrados. Isso sugere que outras categoriais, além das utilizadas neste trabalho (mortes por causas externas com envolvimento de armas de fogo e mortes mal definidas) estão sendo utilizadas pelos legistas para classificação da causa de óbitos de vítimas de MDIP. Dessa forma, seria recomendável ampliar a busca desses casos para outras categoriais de óbito.

Na análise espacial da subnotificação, constatamos que ela ocorre de maneira desigual na cidade, apontando para falhas de classificação e preenchimento da DO em IMLs específicos do município, com destaque para o IML da região Sul, que subnotificou em maior magnitude a VPL.

Maiores investigações nesta direção são necessárias, uma vez que inferimos, segundo nossa análise preliminar, e segundo a literatura (Rivero, 2010), que os óbitos violentos costumam a ocorrer em locais muito próximos a moradia das vítimas (1km), e que quando existe o encaminhamento para unidade de saúde, geralmente estes são próximos a área em que reside a vítima (Rivero, 2010).

Apesar das diferenças no número total de óbitos, as informações sociodemográficas disponíveis nas duas fontes são coincidentes: a maioria das vítimas era jovem e negra, quase todas do sexo masculino. É amplamente reconhecido que a maioria das vítimas da brutalidade policial são negros, jovens, pobres vivendo em bairros periféricos. Pesquisas apontam para o claro racismo quando se considera o direcionamento da VPL (Vargas e Amparo-Alves, 2010; Dos Santos, 2012; Sinhoretto et al., 2016; Sinhoretto, 2018; HRW, 2019). Diferentes estudos, de diversos países, também apontam para o racismo na VP, denunciando que o racismo estrutural está profundamente enraizado neste tipo de violência, fruto de um passado colonial escravocrata e autoritário, que direciona a violência e o controle para os corpos negros (Edwards et al., 2018; Mesic et al., 2018).

Pelos dados do PROAIM e da SSP, 64,5% e 70% das vítimas eram negras, respectivamente, enquanto a proporção de negros na população paulistana é de 37% segundo o censo de 2010 realizado pelo IBGE. Em apuração realizada pela Ouvidoria da Polícia do ESP (2018), em cerca de 27% das mortes por VPL no ano de 2017, as vítimas sequer estavam cometendo crime no momento da ocorrência e a “fundada suspeita”- quando não há um crime objetivo acontecendo- se baseia, segundo o relatório, em um estereótipo dado pela condição social e racial da vítima.

O racismo institucional é a expressão do racismo por meio de leis, políticas e práticas sociais, incluindo aquelas formadas por instituições (Williams et al., 2019). Isso resulta em opressão, desvantagem, negligência e, segundo os autores, é a "forma mais importante pela qual o racismo afeta a saúde" (Williams et al., 2019). Entre as diferentes formas de operacionalização do racismo institucional, os autores mencionam a segregação residencial e o funcionamento do sistema de justiça criminal. A violência sancionada pelo Estado, como a violência policial, é, segundo

Bailey et al. (2017), uma das vias que conecta o racismo institucional e a saúde. Conforme afirma Dos Santos (2012), o racismo institucional faz parte de uma complexa teia de valores e crenças que subjuga a população negra, reforçando e reproduzindo a discriminação e ampliando as desigualdades sociais. Segundo Vargas e Amparo-Alves (2009), os homicídios cometidos por policiais na cidade de São Paulo fazem parte de um mecanismo de exclusão e segregação operado pelo Estado que conecta o racismo às desigualdades sociais. Apesar dos nossos achados confirmarem o que já vem sendo noticiado pela imprensa e debatido pelos movimentos sociais, poucos estudos científicos se debruçaram sobre a análise das duas fontes de informação em conjunto. Esses dados reforçam as evidências do racismo institucional na atuação policial: vemos o direcionamento da violência Estatal para uma população bastante específica, corroborando a gravidade do tema e sua desproporcionalidade.

Destacamos também que 75% das vítimas tinha até 26 anos de idade quando foram a óbito. Aqueles entre 15 e 19 anos representam entre 42%-43% dos óbitos, estando sobrerrepresentados quando comparamos com a divisão etária do MSP, em que esta faixa etária representa apenas 6,5% da população total. Vemos que estes jovens morrem precocemente sem poder usufruir plenamente de seus direitos e deveres civis. Segundo nossos dados, entre 38% a 40,5% das vítimas da polícia tinha entre 20 e 29 anos, enquanto esse grupo representa apenas 16,3% da população da cidade de São Paulo. A menor idade que encontramos em nosso banco de dados foi de 11 anos. O impacto da violência policial sobre a juventude urbana tem gerado preocupação da sociedade civil e dos governos locais (Sinhoretto et al., 2016). Segundo Bui et al. (2018), além de ser um fenômeno que evidencia iniquidades raciais, a mortalidade devido à atividade policial também afeta desproporcionalmente os jovens, subtraindo anos de suas vidas, o que impacta significativamente a sociedade e a economia.

Em conjunção com estes dados, de acordo com os dados do PROAIM, as vítimas da VPL possuíam um nível de escolaridade muito baixo: nem 2% tinha o ensino fundamental completo e

cerca de 72% tinha apenas três anos de educação formal. A evasão escolar, aliada às poucas oportunidades de trabalho ampliam a vulnerabilidade dos jovens à violência. Estudos etnográficos realizados no Brasil indicam que a baixa qualificação educacional e a dificuldade de inserção no mercado de trabalho formal, cada vez mais especializado e exigente, expõem a população jovem a dinâmicas informais e ilegais de geração de renda, como o tráfico de drogas, os roubos e os furtos (Feltran, 2010). Ressaltamos que a escolaridade no banco de dados da SSP apresentou resultados bastante diferentes dos encontrados no PROAIM, com as vítimas possuindo um nível de escolaridade destoando dos dados da saúde.

Com a análise espacial realizamos uma descrição da forma pelo qual a VPL é direcionada a territórios específicos da cidade. Por trabalharmos com duas fontes de dados, observamos que existem dois padrões distintos da distribuição espacial das mortes pela polícia no MSP, seja ela direcionada a grupos específicos, vivendo e circulando em territórios específicos da cidade, com os dados de moradia do PROAIM, seja ela em locais que concentram a violência e que reatualizam as desigualdades sociais e a violência institucional, com os dados da SSP que consideram o local de ocorrência do evento fatal. Como a própria Ouvidoria da Polícia do ESP (2018) afirma, o uso da força letal não é aleatório, mas direcionado à população pobre, em especial nas periferias, e sobretudo aos jovens negros.

Com os dados do PROAIM vimos que os locais de moradia e circulação das vítimas se concentram principalmente nas periferias urbanas, na Zona Norte e Leste. Vimos que mesmo com a adição dos óbitos reclassificados, cerca de 50%, o índice de Moran Global se mantém estável, indicando a concentração e coesão destes óbitos no espaço urbano, formando *clusters*, que denotam padrões de segregação social. Este padrão fica bastante evidente na análise que realizamos (Ryngelblum & Peres, 2020), em que utilizamos unidades geográficas menores (Unidades de Desenvolvimento Humano- UDH, proposta realizada pela PNUD/ONU). Os resultados apontam para uma correlação entre mortalidade policial e piores indicadores sociais, com a tendência a

formação de *clusters* de alta mortalidade em regiões com piores indicadores socioeconômicos, reiterando novamente a segregação social, bem como a discriminação institucional por parte do Estado. Vemos neste padrão espacial das mortes, que a violência estatal é desproporcionalmente direcionada à população que reside em áreas com piores indicadores socioeconômicos, reforçando diferenças sociais e estruturas de poder, tendo como consequência uma ‘desigualdade da mortalidade’ (Thomas, 1983). A aplicação desigual da violência policial no espaço, em sua intensidade e direcionamento, nos permite a apreensão das iniquidades urbanas e no direito à vida.

Já os dados da SSP apontam para os locais de ocorrência de VPL no espaço urbano, ou seja, os locais que concentram tensão, violência e repressão. Vimos que os distritos na Zona Norte, Leste, Sul e Oeste possuem taxas muito altas, com o centro expandido sendo uma exceção com baixas taxas de mortalidade. O índice de Moran Global, nos aponta para uma baixa dependência espacial do fenômeno, beirando a aleatoriedade, o que nos indica que as altas e baixas taxas de mortalidade coexistem e convivem no espaço urbano, diferentemente dos dados de moradia que apontam para o fenômeno de segregação. Utilizando unidades geográficas menores, observa-se a inexistência de um padrão pronunciado de mortalidade quando considerado o local de ocorrência do evento, estando a violência espalhada por todo o município, além de uma correlação negativa entre VPL e IDHM, indicando que a VPL – embora vitime moradores de periferias – tende a ocorrer em territórios marcados por melhores condições socioeconômicas (Ryngelblum & Peres, 2020).

Ao trabalhar com duas fontes de dados, portanto, foi possível observar que existem dois padrões complementares de distribuição espacial dos homicídios cometidos por policiais no MSP. O primeiro evidencia um padrão de segregação com concentração de óbitos de residentes em bairros específicos da cidade, de localização mais periférica, e o segundo padrão, quando consideramos os locais de encontro fatal com a polícia, mostra a presença de violência tanto nos bairros periféricos, como nos bairros do centro e próximos ao centro. Assim, a distribuição dos padrões espaciais de mortes por violência policial no MSP parece corroborar o estudo de Adorno e

Nery (2019) sobre a espacialidade dos homicídios em São Paulo, metrópole que congrega locais violentos e pacíficos, com suas nuances e matizes, para além da dicotomia do Centro x Periferia.

A distribuição espacial da mortalidade por VPL sugere a existência de diferentes modelos de cidadania na metrópole, e não um modelo único, generalizável de forma equânime para todo o conjunto da população. A ‘cidadania estratificada’ (Gonzalez, 2017) fica evidente no padrão de policiamento e também nas próprias práticas da instituição policial no município. Como o discurso do Tenente-Coronel da Rota explicita, a PM adota posturas distintas a depender da região da cidade que atua. Segundo suas próprias palavras: *"É uma outra realidade. São pessoas diferentes que transitam por lá. A forma dele abordar tem que ser diferente. Se ele [policial] for abordar uma pessoa [na periferia], da mesma forma que ele for abordar uma pessoa aqui nos Jardins [região nobre de São Paulo], ele vai ter dificuldade. Ele não vai ser respeitado"*¹¹⁴.

Para entender melhor como as diferenças são apresentadas, é necessário considerar aspectos relacionados à distribuição e atuação da polícia no MSP. Segundo Gonzalez (2017), com base em sua observação participante nos Conselhos de Segurança em distintos bairros do MSP, a distribuição da polícia e a repressão estão intimamente ligadas às hierarquias sociais e estruturas de poder. Grupos populacionais de maior prestígio social e poder econômico reivindicam maior presença policial em seus bairros e maior repressão contra moradores socialmente desfavorecidos. Isso acontece quando se considera a análise por raça/cor, classe social ou situação espacial. Segundo essa autora, a distribuição desigual da segurança se dá por duas formas distintas: a primeira seria através da demanda, por parte de cidadãos de maior *status* social, de uma maior repressão dos marginalizados por sua classe, raça /cor e localização espacial. A segunda se dá por meio da legitimação e priorização dessas demandas pelos agentes da Segurança Pública. Tanto a

---

11 Adorno, Luis. Abordagem nos Jardins tem de ser diferente da periferia, diz novo comandante da Rota. **Portal UOL** 24 ago. 2017. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2017/08/24/abordagem-no-jardins-e-na-periferia-tem-de-ser-diferente-diz-novo-comandante-da-rota.htm?cmpid=copiaecola&cmpid=copiaecola>. Acesso em: 19 out. 2020

legitimação quanto a priorização são baseadas na posição e no *status* daqueles que reivindicam. Isso significa que as Forças de Segurança Pública respondem mais às demandas de segurança e controle de grupos de cidadãos com status social maior. Essas demandas são dirigidas à repressão/controlar de jovens negros, moradores de periferia, com baixa escolaridade. A marginalização destes cidadãos (que vivem em áreas de maior vulnerabilidade social, mas também circulam em regiões mais ricas da cidade onde podem ser percebidos como perigosos) os expõem e os tornaram vulneráveis a violência policial.

Quando pensamos a partir de um prisma interseccional levando em conta a baixa faixa etária, a raça, a baixa educação formal, a dificuldade de inserção no mercado formal de trabalho, as poucas oportunidades de geração de renda e os locais de residência e circulação, vemos que esta complexa trama de desvantagem amplia o risco e a vulnerabilidade à violência, conformando a opressão e a marginalização que conformam os modelos precários de cidadania e as desvantagens históricas. Segundo Anunciação et al. (2020) a segregação racial e o racismo, e sua naturalização pela sociedade brasileira, influenciam a atuação policial, contribuindo para práticas discriminatórias e racistas. O circuito da exclusão e da vulnerabilidade acaba por determinar o desfecho fatal dessa população, sendo estes jovens vítimas precoces da violência de Estado. Como Gonzalez (2017) aponta, se a polícia é uma das faces mais visíveis do Estado, a forma pela qual a polícia exerce sua autoridade não simplesmente reproduz desigualdades, mas pode a aprofundá-las, reforçando modelos precários de cidadania, que levam à descrença institucional e, no limite, à própria morte.

Neste sentido, a qualidade dos dados de mortalidade violenta cometida por policiais se torna imprescindível para a elaboração de políticas públicas e para a garantia de direitos de populações enfrentando violências históricas. O “direito de virar estatística”, embora trágico, se faz necessário para o monitoramento da mortalidade e o respeito pela morte e o ao luto dos familiares.

O direito de ter sua morte registrada, corretamente identificada com nome, idade, sexo, endereço/local de morte, a descrição do contexto/ da violência que levou a morte, é o primeiro

passo para o direito à justiça e à verdade, que pode garantir o direito à vida de outras pessoas. Registrar com qualidade e garantir o direito à informação não é o fim, mas apenas o começo da tarefa de prevenir violências futuras. Se a impunidade é um duplo assassinato, o baixo monitoramento da VPL e a qualidade precária da informação também se perpetuam com a repetição da violência no corpo já sem vida.

8. CONCLUSÃO

O reconhecimento da violência policial como problema de saúde pública é recente e está intimamente relacionado à ocorrência de vários casos que deixaram claro que o racismo estrutural e a desigualdade estão na base da brutalidade policial. A VP afeta a saúde da população e dos indivíduos, gera desconfiança e prejudica a confiança nas instituições e políticas públicas (Krieger, 2015; APHA, 2018). O Brasil é um dos países mais violentos do mundo (OMS, 2014) e possui uma das forças policiais mais violentas dos países ocidentais democráticos (Nunes, 2018). Neste trabalho, objetivamos contribuir para a aproximação do campo da saúde coletiva com os temas da VP e da VPL.

Embora o impacto social e de saúde da violência policial seja reconhecido (APHA, 2018), seu estudo sistemático continua sendo um desafio em diferentes países, inclusive no Brasil, devido à falta de dados confiáveis (Jesus et Mota, 2010; Cerqueira, 2013; IPEA/FBSP, 2018). Parece urgente, no entanto, tornar pública a magnitude da letalidade policial e compreender seus determinantes como meio de romper o ciclo de violência e insegurança social, que compromete a saúde e aprofunda a desigualdade.

Cabe ressaltar que todo esforço para fortalecer a qualidade e garantir o acesso à informação é uma forma de aprofundar a discussão sobre o acesso aos direitos, contribuindo para o controle social e para a melhoria da qualidade da democracia. Isso é de especial interesse, considerando o crescimento de movimentos políticos de extrema direita em diferentes países, incluindo o Brasil. Analisar e divulgar os dados sobre mortalidade policial é necessário, pois pode ser utilizado como ferramenta de controle da atividade policial possibilitando uma melhor tomada de decisão, com ganhos para a sociedade, incluindo melhorias na saúde da população.

As forças policiais têm a prerrogativa do uso legítimo da força, e o assassinato pode ser excepcionalmente justificado em algumas circunstâncias específicas. No Brasil, o número excessivo de casos, o perfil das vítimas e a distribuição espacial das mortes são sinais claros de que o uso da força letal carece de excepcionalidade e não pode mais ser considerado legítimo.

Deste modo, recomendamos ao PROAIM e a SMS-SP o compartilhamento contínuo de dados e a criação de um grupo de trabalho intersetorial com o objetivo monitorar os casos de violência letal, no geral, e VPL especificamente, com a participação de outras secretarias. Ademais, como já afirmamos diversas vezes neste trabalho, a vinculação das bases de dados deve ser realizada regularmente pelo PROAIM com os dados da SSP-SP, garantindo que o MSP, seja uma das primeiras cidades no mundo a monitorar este tipo de evento com excelência, primeiro passo para ações de enfrentamento da VPL e a construção de políticas públicas que objetivem o enfrentamento da vulnerabilidade da juventude à violência.

9. BIBLIOGRAFIA

Abad GH. Violence requires epidemiological studies. *Trib Med*, 1962; 2:1-12

Adão, CR. Territórios de morte: homicídio, raça e vulnerabilidade social na cidade de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Artes, Ciências e Humanidades; 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/100/100134/tde-29012018-131847/pt-br.php>

Agudelo SF. La violencia: un problema de salud publica que se agrava en la región. *Bol. epidemiol. Washington (EUA)*;1990: 1–7. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/32605/8387.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Almeida MF. Descentralização de Sistemas de Informação e o uso das informações a nível Municipal. *Inf. Epidemiol. Sus*, Brasília , v. 7, n. 3, p. 27-33; 1998 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000300003&lng=pt&nrm=iso>

Amparo-Alves J. Topografias da violência: necropoder e governamentalidade em São Paulo. *Revista do Departamento de Geografia/USP*. 2011; 22:108-134. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdg/article/view/47222/83830>

Anunciação D, Bonfim TDA, Ferreira T. “Mão na cabeça!”: abordagem policial, racismo e violência estrutural entre jovens negros de três capitais do Nordeste. *Saude sociedade*. 2020 [cited 2020 Nov 04] ; 29(1): e190271. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902020000100305&lng=en. Epub Mar 16, 2020.

APHA (American Public Health Association). Addressing Law Enforcement Violence as a Public Health Issue [Policy Statement]. American Public Health Association. 2018, nº201811. Disponível em: <https://www.apha.org/policies-and-advocacy/public-health-policy-statements/policy-database/2019/01/29/law-enforcement-violence>

Bailey Z, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett M. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *The Lancet*. 2017;389(10077):1453-1463. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30569-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30569-X/fulltext)

Bailey Z, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett M. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *The Lancet*. 2017;389(10077):1453-1463. doi:10.1016/s0140-6736(17)30569-x. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30569-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30569-X/fulltext)

Baillargeon S, Rivest LP. Rcapture: Loglinear Models for Capture-Recapture in R. *Journal of Statistical Software*. 2007; 19(5). Disponível em: <https://www.jstatsoft.org/index.php/jss/article/view/v019i05/v19i05.pdf>

Ball P, Asher J, Sulmont, D, Manrique D. How Many Peruvians Have Died? An Estimate of the Total Number of Victims Killed or Disappeared in the Armed Internal Conflict Between 1980 and 2000. 2003. Report to the Peruvian Commission for Truth and Justice (CVR), Washington, DC: American Association for the Advancement of Science. Disponível em: <https://www.aaas.org/sites/default/files/s3fs-public/Peru2003.pdf>

Banks D, Couzens L, Blanton C, et al. Arrest-Related Deaths Program Assessment. Washington DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics. 2015. Disponível em: <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/ardpatr.pdf>

Barber C, Azrael D, Cohen A, Miller M, Thymes D, Wang DE, Hemenway D. Homicides by Police: Comparing Counts From the National Violent Death Reporting System, Vital Statistics, and Supplementary Homicide Reports. *Am J Public Health*. 2016;106(5):922-927. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4985110/>

Barcellos C. Rota 66: a história da polícia que mata. Rio de Janeiro: Record, 2003

Bishop YMM, Fienberg S, Holland PH. *Discrete Multivariate Analysis: Theory and Practice*. 1975. MIT Press, Cambridge, M [apud Lum e Ball, 2015]

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. –Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual_Instr_Preench_DO_2011_jan.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. A declaração de óbito : documento necessário e importante / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/14/Declaracao-de-Obito-WEB.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional para Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMMAV). PORTARIA Nº 737, DE 16 DE MAIO DE 2001. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2001 16 mai. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html

Brasil. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço Secretaria de Políticas de Saúde, 2001. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_intrafamiliar_cab8.pdf

Bui A, Coates M, Matthay E. Years of life lost due to encounters with law enforcement in the USA, 2015–2016. *J Epidemiol Community Health*. 2018;72(8):715-718. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/72/8/715.citation-tools>

Bui A, Coates M, Matthay E. Years of life lost due to encounters with law enforcement in the USA, 2015–2016. *J Epidemiol Community Health*. 2018;72(8):715-718. doi:10.1136/jech-2017-210059. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29735570/>

Caldeira TP R. The paradox of police violence in democratic Brazil. *Ethnography*, 3(3), 2002: 235-263. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/24048110?seq=1>

Caldeira TPR. Crime, segregação e cidadania em São Paulo São Paulo: Editora 34/Edusp; 2000. Disponível em: <https://csociais.files.wordpress.com/2014/05/caldeira-teresa-a-cidade-de-muros-completo.pdf>

Camargo Jr. KR, Coeli CM. Reclink: aplicativo para o relacionamento de bases de dados, implementando o método probabilistic record linkage. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2000 June [cited 2020 Nov 03]; 16(2): 439-447. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000200014&lng=en

CAP (Coordenadoria de Análise e Planejamento). Secretaria de Segurança Pública- Gabinete do Secretário. Estatística de Criminalidade: Manual de Interpretação. 2005. Disponível em: <http://www.ssp.sp.gov.br/Estatistica/download/manual.pdf>

Ceccato V, Haining R, Kahn T. The Geography of Homicide in São Paulo, Brazil. *Environment and Planning A: Economy and Space*. 2007;39(7):1632-1653. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1068/a38283#articleCitationDownloadContainer>

Cerqueira D. Mapa dos Homicídios Ocultos no Brasil. Brasília: IPEA, 2013. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1848.pdf

Coeli, CM. Qualidade do linkage de dados precisa de mais atenção. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2015, v. 31, n. 7 [Acessado 23 Junho 2020] , pp. 1349-1350. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311XED010715>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311XED010715>

Comissão da Verdade da Associação Paulista de Saúde Pública. Assassinato de Opositores Políticos no Brasil – Laudos falsos e fraudes praticadas por leigos no Instituto Médico-Legal de São Paulo durante a ditadura civil-militar. São Paulo: 2016

Comissão Nacional da Verdade. Relatório Final da Comissão Nacional da Verdade. Brasília: 2014. Disponível em: <http://cnv.memoriasreveladas.gov.br/textos-do-colegiado/586-epub.html>

Cooper H, Moore L, Gruskin S, Krieger N. The impact of a police drug crackdown on drug injectors' ability to practice harm reduction: a qualitative study. *Soc Sci Med*. 2005 Aug;61(3):673-84. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15899325/>

Cooper HL, Fullilove M. Editorial: Excessive Police Violence as a Public Health Issue. *J Urban Health*. 2016 Apr;93 Suppl 1(Suppl 1):1-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26984303/>

Correia LOS, Padilha BM, Vasconcelos Sandra Mary LimaSML. Métodos para avaliar a completitude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2014 Nov [citado 2020 Nov 03]; 19(11): 4467-4478. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104467&lng=pt.

Costa, TGC da. Condições do lugar: Relações entre saúde e ambiente para pessoas que usam crack no bairro da Luz, especificamente na região denominada cracolândia [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2015. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6139/tde-30112015-110523/pt-br.php>

Coutinho ESF, Coeli CM. Acurácia da metodologia de relacionamento probabilístico de registros para identificação de óbitos em estudos de sobrevivência. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2006 Oct [cited 2020 Nov 03]; 22(10): 2249-2252. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000031&lng=en.

Cubas V, Natal A, Branco FC. Violência Policial: abordagens da literatura. In: Kucinski B et al. *Bala Perdida: a violência policial no Brasil e os desafios para sua superação*. São Paulo: Boitempo;2015.103-110

Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc. saúde coletiva*, 2006; 11(Suppl): 1163-1178. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>.

DATASUS [homepage na internet]. Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra [acesso 03 nov. 2020]. s/d. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/y35_y36.htm

De Lucca D. Morte e Vidas nas Ruas de São Paulo. In: Rui T et al. *Novas Faces da Vida na Rua*. São Carlos: EDUFSCAR, 2016. 23-44

DeVylder JE, Cogburn C, Oh HY, Anglin D, Smith ME, Sharpe T, Jun HJ, Schiffman J, Lukens E, Link B. Psychotic Experiences in the Context of Police Victimization: Data From the Survey of Police-Public Encounters. *Schizophr Bull*. 2017 Sep 1;43(5):993-1001. Disponível em: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/43/5/993/3074859>

DeVylder JE, Oh HY, Nam B, Sharpe TL, Lehmann M, Link BG. Prevalence, demographic variation and psychological correlates of exposure to police victimisation in four US cities. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017. 26(5):466-477. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27834166/>

Diário Oficial do Estado de São Paulo. Resolução SSP -160 (Cria o Sistema de Coleta de Estatísticas Criminais). 2001. Disponível em: https://www.imprensaoficial.com.br/DO/BuscaDO2001Documento_11_4.aspx?link=%2f2001%2fexecutivo%2520secao%2520i%2fmaio%2f10%2fpag_0006_656A2BPFQURIFe692CUMH94NSQ0.pdf&pagina=6&data=10/05/2001&caderno=Executivo%20I&paginaordenacao=100006

Drummond Jr. M. Vida e Morte em São Paulo. São Paulo: Brasiliense. 2002

Drumond Jr M, Lira MMTA, Freitas M, Nitrini TMV, Shibao K. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção indeterminada. *Rev. Saúde Pública*. 1999. 33(3): 273-280. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000300008&lng=en

Duarte EC. A informação, a análise e a ação em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2003.12(2): 61-62. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000200001&lng=pt

Edwards F, Esposito MH, Lee H. Risk of Police-Involved Death by Race/Ethnicity and Place, United States, 2012–2018. *American Journal of Public Health*. 2018; 108: 1241-1248. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2018.304559?journalCode=ajph>

Farias J. Governo de Mortes: Uma etnografia da gestão de populações de favelas no Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: UFRJ/PPGSA, 2014. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=550170#

FBSP. Anuário de Brasileiro de Segurança Pública 2018. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/03/Anuario-Brasileiro-de-Seguran%C3%A7a-P%C3%BAblica-2018.pdf>

FBSP. Anuário de Brasileiro de Segurança Pública 2019. São Paulo, 2019. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Anuario-2019-FINAL-v3.pdf>

Feldman J. Public Health and the Policing of Black Lives. *Harvard Public Health Review*. 2015; 7. Disponível em: <http://harvardpublichealthreview.org/wp-content/uploads/2015/07/Justin-Feldman7.pdf>

Feldman JM, Gruskin S, Coull BA, Krieger N. Quantifying underreporting of law-enforcement-related deaths in United States vital statistics and news-media-based data sources: A capture–

recapture analysis. *PLOS Medicine*. 2017. 14(10). Disponível em:
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002399>

Feldman, JM., Chen, JT., Waterman, PD et al. Temporal Trends and Racial/Ethnic Inequalities for Legal Intervention Injuries Treated in Emergency Departments: US Men and Women Age 15–34, 2001–2014. *J Urban Health*. 2016. 93:797–807. Disponível em:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11524-016-0076-3#citeas>

Fellegi IP, Sunter AB. A theory for record linkage. *Journal of the American Statistical Association*. 1969. 64(328): 1183-1210. Disponível em:
https://thodrek.github.io/CS839_spring18/papers/Fellegi69.pdf

Feltran GS. Margens da política, fronteiras da violência: uma ação coletiva das periferias de São Paulo. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*. 2010; 79: 201-233.
<https://dx.doi.org/10.1590/S0102-64452010000100009>. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64452010000100009&script=sci_abstract&tlng=pt

Gawryezewski VP. Homicídios no Município de São Paulo: Perfil e subsídios para um sistema de análise de vigilância epidemiológica [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Epidemiologia. 2002.

Geller A, Fagan J, Tyler T, Link BG. Aggressive policing and the mental health of young urban men. *Am J Public Health*. 2014.104(12):2321-2327. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4232139/>

González YM. “What citizens can see of the state”: Police and the construction of democratic citizenship in Latin America. *Theoretical Criminology*. 2017; 21(4):494-511 Disponível em:
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1362480617724826>

Hattori ML, Souza de AR, Tauhyl APM, Alberto LA. O caminho burocrático da morte e a máquina de fazer desaparecer: proposta de análise de documentação do Instituto Médico Legal- SP para a antropologia forense. *Revista do Arquivo*. Uma publicação online do Arquivo Público do ESP, São Paulo, n.2: 1-21. 2016. Disponível em: http://www.arquivoestado.sp.gov.br/revista_do_arquivo/02/artigo_03.php

HRDAG [homepage na internet]. We work around the world [acesso em 03 nov. 2020]. Disponível em: <https://hrdag.org/projects/>

Human Rights Watch (HRW). World Report 2019. EUA, 2019. Disponível em:
https://www.hrw.org/sites/default/files/world_report_download/hrw_world_report_2019.pdf

Hyland S, Langton L, Davis E. Police Use of Nonfatal Force, 2002–11. Washington DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics, 2015. Disponível em: <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/punf0211.pdf>

Instituto Sou da Paz. Análise dos Boletins de Ocorrência de Resistência Seguida de Morte Registrados na Cidade de São Paulo em 2012.2015: São Paulo. Disponível em: <http://soudapaz.org/o-que-fazemos/conhecer/analises-e-estudos/analises-e-estatisticas/letalidade-policial/#documentos-1>.

Instituto Sou da Paz. Linha de Frente: vitimização e letalidade policial na cidade de São Paulo. 2016: São Paulo. Disponível em: <http://soudapaz.org/o-que-fazemos/conhecer/analises-e-estudos/analises-e-estatisticas/letalidade-policial/#documentos-2>

Instituto Sou da Paz. Perfil das pessoas mortas na cidade de São Paulo por policiais em serviço (2002-2011). n/d: São Paulo. Disponível em: <http://soudapaz.org/o-que-fazemos/conhecer/analises-e-estudos/analises-e-estatisticas/letalidade-policial/?show=documentos#2409>

IPEA/FBSP. Atlas da Violência 2018. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf

IPEA/FBSP. Atlas da Violência 2020. Rio de Janeiro, 2020 Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>

Jaro MA. Advances in Record-Linkage Methodology as Applied to Matching the 1985 Census of Tampa, Florida. 1989. 84(406): 414-420. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/2289924?seq=1#metadata_info_tab_contents

Jenicek M, Stachenko S. Evidence-based public health, community medicine, preventive care. Med Sci Monit. 2003 Feb;9(2):SR1-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12601308/>

Jesus T, Mota E. Fatores associados à subnotificação de causas violentas de óbito. Cadernos de Saúde Coletiva, 18(3), 2010: 361-370. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_3/artigos/CSCv18n3_pag361-70.pdf

Jorge MHP de M, Yunes J. Violência e saúde no Brasil. Rev. USP [Internet]. 2001; 0(51):114-127. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/35105>

Justin M. Feldman, Sofia Gruskin, Brent A. Coull, and Nancy Krieger. Police-Related Deaths and Neighborhood Economic and Racial/Ethnic Polarization, United States, 2015–2016. American Journal of Public Health. 2019. 109: 458-464. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2018.304851>

Kawachi I, Kennedy BP, Wilkinson RG. Crime: social disorganization and relative deprivation. Soc Sci Med. 1999;48(6):719-731. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953698004006?via%3Dihub>

Kesic D, Thomas SD. Do prior histories of violence and mental disorders impact on violent behaviour during encounters with police? *Int J Law Psychiatry*. 2014;37(4):409-14. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0160-2527\(14\)00023-5](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0160-2527(14)00023-5)

Knopov A, Rothman E, Cronin S, Franklin L, Cansever A, Potter F, Mesic A, Sharma A, Xuan Z, Siegel M, Hemenway D. The Role of Racial Residential Segregation in Black-White Disparities in Firearm Homicide at the State Level in the United States, 1991-2015. *J Natl Med Assoc*. 2019;111(1):62-75. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30129481/>

Krieger N, Chen JT, Waterman PD, Kiang MV, Feldman J. Police Killings and Police Deaths Are Public Health Data and Can Be Counted. *PLOS Medicine*. 2015. 12(12): e1001915. Disponível: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001915>

Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. O sistema de informações sobre mortalidade: passado, presente e futuro. Série Divulgação nº11. São Paulo: MS, USP, OPAS, OMS. 2006

Lima CRA, Schramm JMA, Coeli CM. Gerenciamento da qualidade da informação: uma abordagem para o setor saúde. *Cad Saúde Colet (Rio J.)* 2010; 18:19-31.

Loftin C, McDowall D, Xie M. Underreporting of Homicides by Police in the United States, 1976-2013. *Homicide Stud*. 2017;21(2):159-174. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1088767917693358?journalCode=hsxa>

Lopes AS, Passos VMA, Souza, MFM, Cascão AM. Melhoria da qualidade do registro da causa básica de morte por causas externas a partir do relacionamento de dados dos setores Saúde, Segurança Pública e imprensa, no estado do Rio de Janeiro, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2018. 27(4). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000400312

Luciano, TMP. O uso da força não letal pela polícia nos encontros com o público [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. 2007. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-28052007-151500/publico/TESE_TANIA_MARIA_PINC_LUCIANO.pdf

Lum K, Ball P. Estimating undocumented homicides with two lists and list dependence. *Human Rights Data Analysis Group*. EUA: 2015. Disponível em: <https://hrdag.org/wp-content/uploads/2015/07/2015-hrdag-estimating-undoc-homicides.pdf>.

Lum K, Price ME, Banks D. Applications of Multiple Systems Estimation in Human Rights Research. *The American Statistician*. 2013. 67(4): 191–200. Disponível em: <http://www.dme.im.ufrj.br/arquivos/publicacoes/arquivo237.pdf>

Lutnick A, Cohan D. Criminalization, legalization or decriminalization of sex work: what female sex workers say in San Francisco, USA. *Reprod Health Matters*. 2009 Nov;17(34):38-46.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19962636/>

Mallory C, Hasenbusch A, Sears B. Discrimination and Harassment by Law Enforcement Officers in the LGBT Community. 2015. Disponível em: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/LGBT-Discrimination-and-Harassment-in-Law-Enforcement-March-2015.pdf>.

Martins RCR, Costa TGC, Ryngelblum M, Maciel MT. Prevenção- Redução de Danos: (des)aproximações arriscadas. In: Pupo JL, Maciel MT, Costa TGC (orgs.) Cuidado na rua: ações de redução de danos em contexto do uso de drogas no centro da cidade de São Paulo. Centro de Convivência É de Lei: São Paulo. 2018. Disponível em: <https://edelei.org/wp-content/uploads/2019/10/cuidado-na-rua.pdf>

Mbembe A. Necropolitics. Public Culture. 2003. 15 (1): 11-40. Disponível em: https://warwick.ac.uk/fac/arts/english/currentstudents/postgraduate/masters/modules/postcol_theory/mbembe_22necropolitics22.pdf

Medeiros F. O 'Monstro' e o 'Homem': Aspectos da construção institucional de mortos no Instituto Médico Legal do Rio de Janeiro. Dilemas: Revista de estudo de conflitos e controle social. 2014. 7(2): 347-365. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/view/7221/5809>

Medeiros F. O morto no lugar dos mortos: classificações, sistemas de controle e necropolítica no Rio de Janeiro. Revista M. Estudos sobre morte, os mortos e o morrer, v. 3, p. 72-91, 2018. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/8186/7051>

Mello Jorge MHP, Cascão AM, Silva RC. Acidentes e violências: um guia para o aprimoramento da qualidade de sua informação. São Paulo: MS/USP/OPS/OMS; 2003. Série divulgação v 10

Mello Jorge MHP, Laurenti R, Di Nubila HBV. O óbito e sua investigação: reflexões sobre alguns aspectos relevantes. Rev. bras. Epidemiol. 2010. 13(4): 561-576. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000400002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000400002>.

Melo CM, Bevilacqua PD, Barletto M. Production of information on mortality from external causes: meanings and significances in the filling out of death certificates. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 May; 18(5): 1225-1234. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500007>

Méndez JE. Problemas da violencia ilegal: introdução. In: Méndez JE, O'Donnell G, Pinheiro PS. Democracia, Democracia, violencia e injustiça: o não-estado de direito na América Latina. São Paulo: Paz e terra; 2000. Cap 1

Mercy JA. Violence and Mental Health, *International Journal of Mental Health*, 2003; 32(1): 20-35. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207411.2003.11449577>

Mesic A, Franklin L, Cansever A, Potter F, Sharma A, Knopov A, Siegel M. The Relationship Between Structural Racism and Black-White Disparities in Fatal Police Shootings at the State Level. *J Natl Med Assoc*. 2018 Apr;110(2):106-116. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29580443/>

Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 ; 23(6): 2007-2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602007&lng=pt

Minayo MCS. Violência e saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>

Minto CM, Alencar GP, Almeida MF, Silva ZP. Descrição das características do Sistema de Informações sobre Mortalidade nos municípios do estado de São Paulo, 2015. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2017 Dec [cited 2020 Oct 30] ; 26(4): 869-880. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000400869&lng=en

Misse M (coord.). O inquérito policial no Brasil: uma pesquisa empírica. Rio de Janeiro: NECVU, IFCS, UFRJ; BOOKLINK, 2010.

Misse M. (coord.) “Autos de resistência”: uma análise dos homicídios cometidos por policiais na cidade do Rio de Janeiro (2001-2011). Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos da Cidadania, Conflito e Violência Urbana (NECVU) / Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://fopir.org.br/wp-content/uploads/2017/04/PesquisaAutoResistencia_Michel-Misse.pdf

Motley RO Jr, Joe S. Police Use of Force by Ethnicity, Sex, and Socioeconomic Class. *J Soc Social Work Res*. 2018;9(1):49-67. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29910848/>

Muniz, J de O, Almeida RR. Respondendo às balas: segurança pública sob intervenção das palavras: entrevista com Jaqueline Muniz. *Trab. linguist. Apl*. 2018; 57(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-18132018000200993&lng=pt&nrm=iso.

National Archives [homepage na internet]. Soundex System: The Soundex Indexing System. [acesso em: 03 nov. 2020]. 2007. Disponível em: <https://www.archives.gov/research/census/soundex>

Newcombe HB, Kennedy JM, Axford SJ, James AP. Automatic linkage of vital records. *Science*, 1959.130:954-959. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/130/3381/954>

Njaine K, Souza ER, Minayo MCS, Assis SG. A produção da (des)informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. *Cad. Saúde Pública*. 1997 .13(3): 405-414. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300016&lng=en

Nunes SB. Trabalho sujo ou missão de vida? Persistência, reprodução e legitimidade da letalidade na ação da PMESP. Tese [Doutorado]. 225p. Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo-SP, 2018. Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/22070/TESE_SamiraBueno.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Oliveira AL, Luna CF, Quinino LR de M, Magalhães M de AFM, Santana VC de M. Spatial analysis of intentional homicides in João Pessoa, Paraíba, Brazil, 2011-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2019 ; 28(1): e2018184. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222019000100304&lng=en. Epub Feb 18, 2019

OMS. Prevention of violence: a public health priority. Resolution n. 49.25 Prevention of violence: a public health priority, 1996; n. May: p. 2–3. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179463/WHA49_R25_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organização Mundial da Saúde (OMS). World report on violence and health. Geneva (Suíça): OMS; 2002. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=7CFE7B8F20BCA916AC80D8947D1FB6B4?sequence=1

Ouvidoria da Polícia do Estado de São Paulo. Pesquisa sobre o uso da força letal por policiais de São Paulo e vitimização em 2017. São Paulo, 2018. Disponível em: <ftp://ftp.sp.gov.br/ftpouvidoria-policia/UsoForcaLetal2017.pdf>

Pereira, D de M. Aspectos históricos e atuais da perícia médico legal e suas possibilidades de evolução [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Direito. 2013. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2136/tde-17122013-081615/publico/Daniel_de_Menezes_Pereira_Dissertacao_Mestrado_Pericia_Medico_Legal_Final_18jan2013.pdf

Perry DM, Carter-Long L. The ruderman white paper on media coverage of law enforcement use of force and disability: a media study (2013-2015) and Overview. Março 2016. Disponível em: https://rudermanfoundation.org/wp-content/uploads/2017/08/MediaStudy-PoliceDisability_final-final.pdf

Pinheiro PS. Passado não está morto: nem passado é ainda... In: Dimenstein G. Democracia em Pedra : Direitos Humanos no Brasil. São Paulo: Cia das Letras;1996. [Prefácio]

Pita MV. Formas de morir y formas de vivir. El activismo contra la violencia policial. Buenos Aires: Editores del Puerto/CELS; 2010. Disponível em: <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2016/06/REVES-2010-Formas-de-morir-y-formas-de-vivir-Pita-Maria-Victoria.pdf>

PROAIM [homepage na internet]. PROAIM - Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade [acesso em 3 nov. 2020]. 2019. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/mortalidade/index.php?p=29586

PROAIM. Boletim PROAIM nº 05. In: Coletânea de textos dos boletins do PROAIM – CEINFO. 1991. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/publicacoes/index.php?p=8396>

PROAIM. Boletim PROAIM nº01. In: Coletânea de textos dos boletins do PROAIM – CEINFO. 1990. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/publicacoes/index.php?p=8395>

Ratcliffe JH. Geocoding crime and a first estimate of a minimum acceptable hit rate, *International Journal of Geographical Information Science*. 2004.18(1): 61-72. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13658810310001596076>

Rivero PS. Distribuição desigual dos direitos humanos e da cidadania: Áreas de concentração de vítimas de homicídio e ação policial no município do Rio de Janeiro, Texto para Discussão, No. 1499, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília. 2010. Disponível em: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/91384/1/636070905.pdf>

Rivest LP, Lévesque T. Improved Log-Linear Model Estimators of Abundance in Capture-Recapture Experiments. *The Canadian Journal of Statistics / La Revue Canadienne de Statistique*. 2001. 29(4): 555-572. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/3316007?seq=1#metadata_info_tab_contents

Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2006 Mar [citado 2020 Nov 03]; 22(3): 673-681. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300022&lng=pt

Rui T. Nas Tramas do Crack: etnografia da abjeção. São Paulo: Terceiro Nome, 2014

Ruotti C, Almeida J, Regina F, Massa V, Peres M. A vulnerabilidade dos jovens à morte violenta: um estudo de caso no contexto dos “Crimes de Maio”. *Saúde e Sociedade*. 2014;23(3):733-748. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902014000300733&script=sci_abstract&tlng=pt

Ryngelblum M, Peres M.F. Social Segregation and Lethal Police Violence in the City of São Paulo (2014-2015). *Cien Saude Coletiva*. 2020. [Citado em 04/11/2020]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/social-segregation-and-lethal-police-violence-in-the-city-of-sao-paulo-20142015/17710>

Santos, TVA. Racismo institucional e violação de direitos humanos no sistema da segurança pública: um estudo a partir do Estatuto da Igualdade Racial [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Direito; 2012 [citado 2020-11-03]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2140/tde-16052013-133222/pt-br.php>

Sewell AA, Jefferson KA. Collateral Damage: The Health Effects of Invasive Police Encounters in New York City. *J Urban Health*. 2016 Apr;93 Suppl 1(Suppl 1):42-67. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4824697/>

Sherman S, Footer K, Illangasekare S, Clark E, Pearson E, Decker M. “What makes you think you have special privileges because you are a police officer?” A qualitative exploration of police's role in the risk environment of female sex workers. *AIDS Care*. 2014;27(4):473-480. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540121.2014.970504>

Siegel M, Sherman R, Li C, Knopov A. The Relationship between Racial Residential Segregation and Black-White Disparities in Fatal Police Shootings at the City Level, 2013–2017. *J Natl Med Assoc*. 2019;111(6):580-587. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31256868/>

Silva JL. Suicídios Invisibilizados: investigação dos óbitos de adolescentes com intencionalidade indeterminada [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia, 2017. Disponível: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-20042017-154508/publico/JoaoLuisDaSilvaREVISADA.pdf>

Simões EM de S, Reichenheim ME. Confiabilidade das informações de causa básica nas declarações de óbito por causas externas em menores de 18 anos no Município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000300008&lng=en

Sinhoretto J, Schlitter MC, Silvetre G. Juventude e violência policial no Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Segurança Pública*. 2016. 10(1): 10-35. Disponível em: <http://revista.forumseguranca.org.br/index.php/rbsp/article/view/590/226>

Sinhoretto J. Violência e racismo: novas faces de uma afinidade reiterada. *Revista de Estudos Sociais*. 2018; 64:15-26. <http://journals.openedition.org/revestudsoc/10010>

SMS-SP/CEINFO (Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Coordenação de Epidemiologia e Informação). Epidemiologia e Informação na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo no período de 1989 a 2001: elementos para escrita de uma história. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2016. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Memoria_CEInfo.pdf

Souza ER. Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública na década de 80. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 1994; 10(Suppl 1): S45-S60. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>

script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500004&lng=pt

SSP-SP [homepage na internet]. Indicadores da criminalidade do Estado de São Paulo [acesso em 03 nov. 2020]. 2011. Disponível em: <https://www.ssp.sp.gov.br/Estatistica/Default.aspx>

SSP-SP [homepage na internet]. SSP- Transparência: Apresentação [acesso em 03 nov. 2020]. 2018. Disponível em: <http://www.ssp.sp.gov.br/transparenciassp/Default.aspx>

SVS(Secretaria de Vigilância em Saúde). Departamento de Análise e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. s/d. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/saude-brasil/mortalidade-geral/>

Takagi D, Ikeda K, Kawachi I. Neighborhood social capital and crime victimization: Comparison of spatial regression analysis and hierarchical regression analysis. *Soc Sci Med* 2012; 75(10):1895-1902. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027795361200593X>

Thomas, LV. *Antropologia de la Muerte*. Fondo de Cultura Economica: Mexico.1983. Disponível em: <https://doku.pub/documents/antropologia-de-la-muerte-louis-vincent-thomas-1q7j52j13zqv>

Vargas JC , Amparo-Alves J. Geographies of death: an intersectional analysis of police lethality and the racialized regimes of citizenship in São Paulo, *Ethnic and Racial Studies*. 2010. 33:4, 611-636. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01419870903325636>

Vianna A, Farias J. A guerra das mães: dor e política em situações de violência institucional. *Cadernos Pagu*. 2011. 37: 79-116. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332011000200004&lng=en&nrm=iso>

Wen LS, Sharfstein JM. Unrest in Baltimore: The Role of Public Health. *JAMA*. 2015;313(24):2425–2426. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2292700>

Williams DR, Lawrence JA, Davis BA. Racism and Health: Evidence and Needed Research. *Annu Rev Public Health*. 2019;40:105-125. doi:10.1146/annurev-publhealth-040218-043750. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6532402/>

Wright RJ. Health effects of socially toxic neighborhoods: the violence and urban asthma paradigm. *Clin Chest Med*. 2006; 27(3):413-21. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272523106000414?via%3Dihub>

Zaconne O. *Indignos de vida: a forma jurídica da política de extermínio de inimigos na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Revan, 2015

Zwi A, Ugalde A. Towards an epidemiology of political violence in the third world. *Social Science and Medicine*, 1989; 28(7): 633–642. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953689902104>