

Tendência temporal da mortalidade por homicídios na cidade de São Paulo, Brasil, 1979-1994

Time trends in death rates from homicides in the city of São Paulo, Brazil, 1979-1994

Rita Barradas Barata ¹
 Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro ¹
 José Cássio de Moraes ¹

¹ Departamento de Medicina Social, Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, Rua Cesário Motta Jr. 61, 5ª andar, São Paulo, SP 01221-020, Brasil. cemedsoc@santacasasp.org.br

Abstract To study homicide trends by gender and age, 1979-1994, Sao Paulo, Brazil, cubic polynomials were used to determine the best model for adjusting to time trends in homicide mortality rates by age and gender in the city of Sao Paulo, Brazil, 1979-1994. The model best adjusted to each group was selected considering the regression coefficient (β), R^2 value, residual analysis, and model's simplicity. The results show linear growth for total rates and rates by gender due to behavior of rates in the 20-29 and 30-39 year age groups. The reciprocal model adjusted best to rates for the 40-49 and 50-59 year age groups, while rates for adolescents followed the multiplicative model. There was no significant relationship between homicide rates and time for the remaining groups (under 10 and over 59 years). Rates for males were considerably higher in all age groups. The remarkably steady growth in homicide rates among adolescents and young adults is consistent with trends observed in other urban areas in developing and developed countries and denotes deteriorating living conditions and increased poverty.

Key words Homicide; Violence; Urban Health; Mortality; Time Series

Resumo Estudou-se a tendência da mortalidade por homicídios segundo sexo e idade na cidade de São Paulo entre 1979 e 1994, utilizando modelos de ajuste de tendência temporal selecionados com base na significância de β e valor de R^2 , e análise de resíduos pela técnica de box and whisker plot. A mortalidade por homicídios em São Paulo passou de 12,2 óbitos por 100.000 hab. em 1979 para 34,2 em 1994, apresentando crescimento linear de 1,17 ao ano. O mesmo comportamento é observado em ambos os sexos, embora as taxas para os homens sejam cerca de 14 vezes maiores, denotando a deterioração das condições de vida urbana. Tanto os menores de dez anos como os maiores de 60 anos apresentam taxas constantes no período em valores relativamente baixos. O grupo de 10 a 19 anos apresenta crescimento das taxas segundo o modelo multiplicativo (incrementos 132,55). Os adultos jovens de 20 a 39 anos apresentam taxas crescentes durante todo o período, segundo o modelo linear, enquanto os adultos de 40 a 59 anos apresentam crescimento segundo o modelo recíproco. Observa-se, assim, que cada grupo de idade e sexo apresenta tendência temporal peculiar no período considerado.

Palavras-chave Homicídio; Violência; Saúde Urbana; Mortalidade; Séries Temporais

Introdução

A década de 80 significou, para muitos países, o agravamento da conjuntura econômica e social devido à perda do dinamismo econômico e ao crescimento do processo inflacionário, aliados à crise do setor público estatal, particularmente nos aspectos referentes às políticas sociais. Nos países da América Latina, o processo inflacionário atingiu patamares muito altos. Para o Brasil, a taxa média de inflação anual chegou a 370,2% (Singer, 1993).

A proporção de pobres, estimada com base na renda *per capita*, que vinha se reduzindo desde a década de 60, passou a aumentar, chegando, ao final da década, a valores próximos a 40% da população para vários desses países. Tal crescimento ocorreu em consequência ao ajuste estrutural dessas economias, baseado na estabilização via fixação do câmbio e abertura do mercado interno às importações, com o desemprego e a recessão que tais políticas acarretaram (Faria, 1992; Singer, 1993).

Concomitantemente ao aprofundamento da crise econômica, as grandes cidades e áreas metropolitanas passaram a experimentar um crescimento explosivo da violência urbana. A violência pode ser definida como o resultado de processos sociais baseados na aplicação de força para o exercício de poder de alguém contra outro indivíduo, grupos, ou contra si mesmo, com intenção de provocar dano físico (Lopez et al., 1992).

Dentre as diferentes formas de violência, destacam-se os homicídios, que são definidos pela OMS (Organização Mundial da Saúde) como "*lesões infligidas por outra pessoa com intenção de agredir e matar por qualquer meio*" (OMS, 1985:649). Os homicídios representam apenas a parte mais visível, para as autoridades de saúde, dos agravos provocados pelas agressões em geral. Estima-se que nos Estados Unidos, para cada óbito por causas violentas em adolescentes, há cerca de 41 hospitalizações e 1.100 atendimentos (Runyam & Gerken, 1989). Embora bastante restrita, essa conceituação da OMS permite operacionalizar os dados de homicídios em estudos epidemiológicos utilizando bases secundárias, visto que essa é a conceituação adotada internacionalmente para a classificação das causas de óbito.

No Brasil, as mortes violentas representaram 10% dos óbitos em 1980 e 15,3% em 1989, ocupando o segundo lugar entre as principais causas de óbito. Nesse período, a taxa de homicídios masculinos foi de 31,13 óbitos/100.000 homens e a feminina foi de 2,89, com razão de 11 óbitos masculinos para um feminino, seme-

lhante à razão observada para a população norte-americana (Souza et al., 1995). Quanto aos grupos de idade, os de 20 a 24 anos e o de 15 a 19 anos tiveram, respectivamente, riscos 100 e 63 vezes maiores do que o grupo de um a quatro anos (Yunes, 1993).

Para o município de São Paulo, as mortes por homicídio foram responsáveis por 3.483 anos potenciais de vida perdidos, em 1979, e 10.377, em 1992. As mortes por homicídios corresponderam a 20% dos óbitos ocorridos entre os moradores dos bairros periféricos, com piores condições sócio-econômicas, e 9% dos óbitos entre os moradores dos bairros centrais, com melhores condições. Tomando-se a taxa de mortalidade por homicídios da Grã Bretanha como referência, a taxa de São Paulo foi 70 vezes maior (Camargo et al., 1995).

O objetivo deste artigo é analisar a tendência temporal da mortalidade por homicídios na cidade de São Paulo, no período de 1979 a 1994, considerando as diferenças por sexo e grupos etários, verificando a existência ou não de correspondência entre o agravamento das condições sócio-econômicas e a elevação das taxas de mortalidade.

Material e métodos

As taxas de mortalidade por sexo e grupos de idade foram calculadas a partir das informações de óbitos registrados pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados Estatísticos (SEADE), órgão responsável pelas estatísticas vitais em São Paulo. As estimativas populacionais também foram fornecidas pela Fundação. O registro de eventos vitais em São Paulo é bom, não havendo sub-registro importante, nem proporção alta de óbitos mal definidos (1,82% dos óbitos totais, 1,85% dos óbitos masculinos e 1,78% dos óbitos femininos).

A análise foi feita através do programa Statgraphics e procedeu-se à procura do melhor modelo de ajuste, selecionado a partir da significância para β e o valor de R^2 , visto que a análise preliminar fazia crer que a regressão linear simples não correspondia ao melhor ajuste para algumas das curvas consideradas. O teste de significância para β foi feito pela distribuição F. Trabalhou-se com alisamento polinomial de ordem 3. Os resíduos foram analisados pela técnica de *box-and-whisker plot* (Hartwig & Dearing, 1979).

Resultados

As taxas de mortalidade por homicídios segundo sexos e grupos etários estão apresentadas nas Tabelas 1, 2 e 3. Para cada grupo etário por sexo e para as taxas totais serão apresentados os modelos que melhor se ajustaram aos dados, de acordo com os critérios apresentados anteriormente e descritas as alterações observadas nas taxas reais ao longo do período considerado

A série histórica das taxas totais foi ajustada pelo modelo de regressão linear, apresentando crescimento acelerado no período entre 1979 e 1984, crescimento mais lento entre 1984 e 1986 e estabilização entre 1986 e 1994, em patamares bastante altos, variando em torno de 33 óbitos por 100.000 hab./ano. A taxa de incremento anual média, segundo o modelo linear, foi de 1,17 ($p < 0,0005$, $R^2 = 59,43\%$), elevando a taxa de 12,21 óbitos/100.000 hab. em 1979 para 34,22 óbitos/100.000 hab. em 1994.

A distribuição das taxas de mortalidade por homicídio no sexo masculino acompanhou a taxa total, visto que a razão entre os sexos ficou sempre acima de 10:1 no período considerado. As taxas de mortalidade masculina por homicídios cresceram aceleradamente no período de 1979 a 1984, com incremento anual médio de 7,92, decresceram lentamente entre 1984 e 1986 e se estabilizaram após 1986, em torno de valo-

res muito altos (64 óbitos/100.000 hab.). O incremento anual médio foi de 2,35 ($p < 0,0001$), resultando em aumento da taxa de 22,46 no início, para 65,98 no final do período considerado.

Para o sexo feminino, a curva de mortalidade por homicídios foi semelhante. O crescimento, entretanto, foi bastante discreto (incremento significativo de 0,20 ao ano), se comparado com aquele observado para o sexo masculino. As taxas passaram de 2,39 em 1979 para 4,23 em 1986 e, após esse ano, variaram em torno de valores relativamente baixos (4,3 óbitos/100.000 hab.).

Para o grupo de zero a nove anos, nenhum modelo apresentou ajuste adequado. As taxas apresentaram valores baixos, entre 0,5 e 1,3 óbitos/100.000 hab. As taxas observadas para os meninos foram semelhante às aquelas observadas para as meninas. Neste grupo, portanto, a tendência foi de estabilidade durante o período estudado.

As taxas de mortalidade para o grupo de 10 a 19 anos foram ajustadas por um modelo multiplicativo ($\beta = 132,55$, $p < 0,01$, $R^2 = 51,67\%$). A curva ajustada apresenta crescimento das taxas até 1988 e decréscimo a partir desse ponto. Entretanto, o valor final correspondeu ao observado em 1984, sendo cerca de três vezes maior que aquele observado em 1979. Os valores variaram entre 9,15 e 42,10 óbitos/100.000 hab. As taxas para os adolescentes foram cerca

Tabela 1

Taxas de mortalidade por homicídios, segundo grupos etários. Cidade de São Paulo, 1979-1994.*

Ano	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-9	60-69	70 e +	Total
1979	0,34	9,15	22,32	20,24	14,97	9,87	6,76	3,64	12,21
1980	1,07	15,54	32,70	28,01	18,74	12,19	7,42	5,01	17,48
1981	1,01	19,57	40,24	28,55	20,78	13,65	8,89	3,87	20,29
1982	0,95	18,69	37,42	29,30	17,92	14,76	11,91	5,60	19,51
1983	1,23	26,14	56,28	39,89	29,90	20,70	17,67	13,05	28,54
1984	1,39	36,37	71,06	45,24	30,62	23,08	15,26	9,55	34,35
1985	1,11	41,38	67,38	39,22	29,86	17,91	10,25	3,77	32,72
1986	0,88	41,88	66,78	37,81	24,35	19,06	10,14	7,27	31,92
1987	1,32	41,50	72,47	41,79	27,93	22,27	14,69	8,19	34,36
1988	1,54	34,78	64,73	39,09	24,77	18,90	12,39	9,03	30,45
1989	1,09	40,45	79,02	41,33	25,59	21,59	11,10	5,44	34,65
1990	1,31	35,48	65,63	38,51	23,93	17,30	10,52	5,95	30,11
1991	0,82	42,10	79,65	46,37	30,24	17,95	4,47	1,01	35,50
1992	1,19	36,75	74,11	40,49	24,38	17,45	9,62	7,16	32,23
1993	1,13	32,06	73,13	41,59	25,96	17,38	8,16	7,54	31,38
1994	1,13	33,65	82,59	44,21	27,79	17,59	8,06	5,45	34,22

* Taxas por 100.000 hab.

Tabela 2

Taxas de mortalidade por homicídios segundo grupos etários, sexo masculino. Cidade de São Paulo, 1979-1994.*

Ano	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 e +	Total
1979	0,11	16,99	41,14	36,30	28,29	19,51	14,73	5,33	22,46
1980	0,89	27,92	60,63	49,90	38,18	24,84	16,06	11,43	32,52
1981	0,76	36,97	75,90	53,89	39,10	26,17	18,52	7,27	38,33
1982	1,06	35,21	70,57	54,41	32,23	25,78	22,55	9,24	36,39
1983	1,25	48,81	106,05	75,28	57,07	38,09	33,73	25,32	53,92
1984	1,43	69,27	134,97	86,98	57,04	41,99	28,30	14,70	65,50
1985	1,00	80,09	129,42	75,15	53,91	32,73	19,59	8,01	63,03
1986	1,17	79,54	126,98	72,75	44,35	34,18	18,69	14,31	61,15
1987	1,53	78,75	138,89	80,07	50,72	38,64	27,00	17,28	65,39
1988	1,40	67,34	125,27	75,62	44,34	34,54	23,46	16,48	59,05
1989	1,01	77,20	149,79	78,90	44,94	36,56	19,32	8,27	66,06
1990	1,07	68,06	127,10	75,81	42,94	29,80	19,36	10,25	58,56
1991	0,70	79,18	151,93	89,72	50,95	29,50	14,39	11,28	68,39
1992	0,60	70,82	144,07	78,65	42,73	27,95	17,93	10,03	62,51
1993	0,92	60,94	141,92	82,69	44,70	26,95	13,47	8,88	60,80
1994	1,14	63,10	161,00	84,77	49,05	26,91	12,16	7,82	65,98

* Taxas por 100.000 hab.

Tabela 3

Taxa de mortalidade por homicídios, segundo grupos etários, sexo feminino. Cidade de São Paulo, 1979-1994.*

Ano	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 e +	Total
1979	0,58	1,64	3,73	4,72	2,62	1,58	0,56	2,61	2,39
1980	1,25	3,68	5,17	6,93	0,46	0,92	0,53	0,83	3,22
1981	1,22	2,87	5,17	4,16	3,30	2,09	1,02	1,58	3,08
1982	0,76	2,79	4,87	5,30	4,02	4,06	2,91	3,00	3,42
1983	1,07	4,30	7,52	6,20	3,25	3,38	3,70	4,28	4,40
1984	1,15	4,63	8,57	5,65	4,30	3,56	3,53	5,42	4,76
1985	1,02	3,97	6,84	5,27	5,44	2,13	1,68	0,64	3,98
1986	0,40	5,43	8,14	4,92	3,79	2,33	2,01	1,84	4,23
1987	0,78	5,39	7,89	5,88	4,16	3,27	2,68	1,17	4,51
1988	1,25	3,17	5,99	4,94	4,00	0,73	1,46	2,77	3,45
1989	0,84	4,72	10,48	6,37	4,65	2,85	2,44	2,64	5,04
1990	1,10	3,75	6,21	3,90	3,23	1,39	1,00	2,01	3,32
1991	0,63	5,92	9,91	6,28	6,81	2,24	2,85	3,34	5,34
1992	1,32	3,46	6,74	5,35	3,70	2,40	0,60	3,63	3,81
1993	0,86	3,79	7,02	3,86	4,38	2,75	1,73	4,75	3,81
1994	0,60	4,91	7,53	7,45	3,42	2,75	2,59	2,59	4,64

* Taxas por 100.000 hab.

de 12 vezes maiores do que para as adolescentes. De acordo com o esperado, o grupo de adolescentes masculinos apresentou taxas de crescimento muito altas no primeiro período correspondente à década de 80, mas, contrariamente ao esperado, apresentou decréscimo a partir do final da década.

O grupo de 20 a 29 anos apresentou a mais alta mortalidade por homicídios. O melhor ajuste, nesse grupo, foi obtido pelo modelo linear, com incremento anual médio de 3,36 ($p < 0,00001$, $R^2 = 75,29\%$). A curva apresentou crescimento rápido entre 1979 e 1984 ($\beta = 8,9$) e crescimento mais lento e oscilante entre 1984 e 1994. Este padrão se repetiu para o sexo masculino e foi um pouco diverso para o feminino, onde ocorreu estabilização das taxas após 1984. As taxas masculinas foram extremamente altas, variando de 41,14 óbitos/100.000 hab. em 1979 a 161,00 óbitos/100.000 hab. em 1994, enquanto as femininas foram, respectivamente, 3,73 óbitos/100.000 hab. e 7,53 óbitos/100.000 hab., com o valor mais alto, 10,48, observado em 1989. Para os adultos jovens, portanto, o comportamento observado acompanhou a hipótese de crescimento das taxas de mortalidade por homicídios durante todo o período.

O grupo de 30 a 39 anos apresentou comportamento semelhante ao do grupo anterior, porém com incremento menor ($\beta = 1,17$, $p < 0,0005$, $R^2 = 58,92\%$) e taxas também menores. O maior aumento foi observado entre 1979 e 1984 ($\beta = 4,61$, $p < 0,05$) seguindo-se aumento moderado a partir daí até o final do período, entretanto, sem significância estatística. Novamente, o padrão se repetiu para os homens, enquanto para as mulheres não mostrou o aumento aparente no segundo período. As taxas masculinas variaram de 36,30 óbitos/100.000 hab., em 1979, a 84,77 óbitos/100.000 hab., em 1994. A maior taxa observada foi de 89,72, em 1991. Para as mulheres, essas taxas foram 4,72 e 7,45, respectivamente. Durante todo o período, as taxas para homens de 20 a 29 anos foram maiores do que para os de 30 a 39, enquanto nas mulheres os valores observados foram muito próximos. É interessante observar que, no início do período considerado, as taxas femininas do grupo de 30 a 39 anos superavam aquelas do grupo de 20 a 29 anos, invertendo-se essa tendência a partir de 1983, indicando o deslocamento da incidência para faixas mais jovens.

O modelo que melhor se ajustou à tendência secular da mortalidade para o grupo de 40 a 49 anos foi o modelo recíproco ($\beta = -0,00122$, $p < 0,01$, $R^2 = 36,76\%$). A curva ajustada apresentou crescimento entre 1979 e 1984, como as demais, seguindo-se decréscimo até 1991 e novo

aumento daí até 1994. As taxas de mortalidade para homens ainda foram altas, mas inferiores àquelas dos três grupos etários anteriores. Elas variaram de 28,29, em 1979, a 49,05, em 1994, sendo a maior taxa observada a de 57,07, para o ano de 1983. As taxas de mortalidade feminina oscilaram em torno do valor médio de 3,81.

No grupo de 50 a 59 anos, o melhor ajuste também foi obtido pelo modelo recíproco ($\beta = -0,00177$, $p < 0,025$, $R^2 = 31,13\%$). A curva ajustada apresentou crescimento acentuado entre 1979 e 1986 seguido de declínio, de tal modo que, em 1994, a taxa ajustada exibiu valor semelhante àquele de 1982. A mortalidade por homicídios para homens de 50 a 59 anos ainda se mostrou elevada, variando de 19,51 óbitos/100.000 hab., em 1979, a 26,91 óbitos/100.000 hab., em 1994, com o valor máximo da taxa, 41,99, observado em 1984. Para as mulheres desse grupo etário, as taxas mostraram-se praticamente constantes no período considerado, variando em torno de 2 a 3 óbitos/100.000 hab.

Tanto para homens quanto para as mulheres com sessenta anos ou mais, as taxas de mortalidade por homicídio permaneceram constantes, não havendo a possibilidade de ajuste de nenhum modelo de tendência temporal para o período como um todo. Entretanto, considerando apenas as taxas masculinas deste grupo, pode-se observar crescimento significativo ($\beta = 3,56$, $p < 0,05$) entre 1979 e 1984 e decréscimo ($\beta = -1,94$, $p < 0,05$) após 1984, chegando ao final do período com taxa menor que a observada no início.

A hipótese de aumento da mortalidade por homicídios em São Paulo durante o período estudado confirmou-se para a população geral e para cada um dos sexos. Entretanto, os diferentes grupos de idade mostraram comportamentos peculiares, não seguindo uma única tendência. As crianças e os idosos mostraram taxas constantes durante todo o período, independentemente do sexo. Os adolescentes e adultos jovens apresentaram tendência crescente da mortalidade por homicídios, entre 1979 e 1987, seguindo-se um período de estabilização das taxas em valores altos, exceção feita aos homens de 20 a 29 anos, cujas taxas continuaram crescendo até o final do período. Para os adultos entre 40 e 59 anos, observou-se comportamento distinto entre os sexos: os homens apresentaram taxas crescentes até 1984/1986, seguidas de decréscimo, enquanto as mulheres mostraram valores constantes no período.

O crescimento da mortalidade por homicídios foi praticamente generalizado entre os ho-

mens de 10 a 59 anos de idade na primeira metade da década de 80, continuando a crescer no período seguinte apenas entre os adolescentes e adultos jovens. Para as mulheres, o crescimento das taxas de homicídio durante a primeira metade da década de 80 restringiu-se ao grupo de 10 a 39 anos, mantendo-se inalterada nos demais. Na segunda metade da década, o comportamento observado foi de estabilidade ou queda em todos os grupos etários.

Discussão

Há na literatura uma série de explicações para o aumento das taxas de homicídios que vem sendo observado em várias partes do mundo, principalmente nas grandes cidades do continente americano. Estas explicações podem ser agrupadas, genericamente, segundo três modelos: o modelo biopsiquiátrico, o modelo da determinação social, com diversas vertentes de explicação, e o modelo mecânico.

Segundo o modelo biopsiquiátrico, a violência é explicada como o resultado da não satisfação dos instintos de agressão, sexual, de territorialidade e outros. Este tipo de interpretação suporta os diferenciais observados nas taxas de violência entre sexos, afirmando a maior agressividade dos homens, o que os tornaria potencialmente mais expostos à violência, além de serem, com maior frequência, os agressores. Os atos violentos são vistos como manifestações instintivas, cuja origem pode ser encontrada em traumas de infância. Entretanto, alguns estudos epidemiológicos têm demonstrado que a maioria das crianças expostas a lares violentos não se tornam necessariamente adultos violentos. Estima-se que apenas um terço dessas crianças serão adultos violentos. A principal crítica a esse modelo reside na sua parcialidade, isto é, as explicações são buscadas apenas no plano individual, sem considerar as condições sociais e históricas (Stark, 1990; Souza, 1993). Em São Paulo, estudo feito nas áreas mais violentas da cidade mostrou que 94% dos homicidas são homens, assim como 91% das vítimas (Mingardi, 1996).

O modelo mecânico coloca maior ênfase na posse de armas como fator determinante para a gravidade das lesões decorrentes de atos agressivos, dentre os quais os homicídios são os mais relevantes. A posse de armas está relacionada, principalmente, com homicídios praticados em casa, por familiar ou amigo íntimo da vítima. Nesses casos, o uso de álcool ou drogas e história anterior de brigas com agressões físicas são fatores de risco importantes. A asso-

ciação entre porte de arma e homicídios praticados por desconhecidos, intrusos ou estranhos à vítima é mais fraca ou inexistente (Kellerman et al., 1993).

A disponibilidade de armas no domicílio tem sido associada às taxas de homicídio em vários países. Em pesquisa feita no início da década de 90 envolvendo 14 países, observou-se correlação alta ($r = 0,75$) entre posse de armas e homicídios cometidos com armas de fogo (Killias, 1993). Segundo o CDC (Centers for Disease Control and Prevention), em 1991, homicídios e suicídios foram a terceira causa de anos potenciais de vida perdidos em menores de 65 anos, nos EUA, e armas de fogo foram usadas em 60% dos suicídios e 68% dos homicídios (CDC, 1994a). Novamente, trata-se de um modelo parcial, que leva em consideração a oportunidade para matar mais do que o contexto no qual ocorre o homicídio.

Nas áreas que concentram a maior taxa de ocorrência de homicídios na cidade de São Paulo, cerca de 90% deles são cometidos com armas de fogo e 48,3% ocorrem por motivos fúteis: brigas entre casais, vizinhos ou amigos, envolvendo pessoas que freqüentemente residem na mesma rua ou, pelo menos, no mesmo bairro (Mingardi, 1996).

O modelo sociológico inclui uma variedade grande de explicações que vão desde aspectos culturais específicos até modelos complexos de determinação. As correntes funcionalistas definem o homicídio como desvio, violação da norma social, decorrente de paixões, desarmonia nas interações sociais, padrões culturais de determinados grupos ou regiões, entre outros. As abordagens estruturais enfatizam os efeitos disruptivos da dissociação entre aspiração e realização, condutas delinqüentes face à inoperância do Estado, estratégias de sobrevivência das camadas populares face às desigualdades sociais (Stark, 1990; Souza, 1993).

As abordagens materialistas históricas apontam para a importância da pobreza, da heterogeneidade entre as classes sociais e a iniquidade. As contradições do sistema capitalista expressas no sistema de exploração e opressão das camadas dominadas são tidas como as causas da violência social. Blau & Blau (1982: 118-119) afirmam que "*em sociedades fundadas no princípio da igualdade (jurídica) as iniquidades econômicas, enraizadas na posição de classe, viola a democracia e gera alienação e conflito, sendo a maior fonte de violência criminal.*"

As abordagens mais complexas procuram articular o contexto histórico, as condições estruturais da sociedade e as características indi-

viduais de agressores e agredidos para dar conta da violência, visto que não há relação linear ou mecânica entre fatores isolados e as taxas de homicídios (Thompson & Morris, 1992; Souza, 1993).

No Brasil, a década de 80 correspondeu a um período de aprofundamento das contradições sociais em um contexto econômico de estagnação e inflação acelerada. A concentração da renda, que sempre foi muito grande, tornou-se ainda maior, a ponto de 90% da população apropriar-se de apenas 51,5% da renda nacional, sendo que os 50% mais pobres apropriaram-se de 11,2%, enquanto os 10% mais ricos apropriaram-se dos 48,5 % restantes (Souza & Minayo, 1995). Tal processo foi responsável pelo aumento da pobreza e da miserabilidade. Em 1990, cerca de 22% das famílias residentes na região metropolitana de São Paulo eram classificadas como pobres por apresentarem carências em relação ao nível de renda, condições de moradia, escolaridade e inserção profissional. Destas, 12% estavam vivendo em condições de miserabilidade (SEADE, 1992).

Segundo relatório do UNICEF (United Nations Children's Fund), citado por Minayo (1990), 44% das crianças e adolescentes brasileiros vivem em famílias com renda *per capita* de até meio salário mínimo mensal (US\$50,00), sendo que 22% delas vivem em famílias com renda *per capita* mensal de um quarto de salário mínimo (US\$25,00). O aprofundamento da violência estrutural, isto é, o agravamento das desigualdades sociais, em uma situação de crescimento das taxas de desemprego, que, durante todo o período, estiveram acima de 9% na região metropolitana de São Paulo, é ainda um outro aspecto da mesma questão (SEADE, 1993).

Simultaneamente ao agravamento da situação sócio-econômica, houve progressiva deterioração das instituições públicas estatais, com desempenho precário das funções de segurança pública e do judiciário, levando ao predomínio da impunidade e de injustiças, que, certamente, contribuíram para o quadro de crescimento acelerado da violência urbana retratado nas taxas de mortalidade por homicídios. A organização de grupos de extermínios financiados por comerciantes das áreas de periferia, a organização do narcotráfico e de grupos de seqüestradores completam o quadro da violência urbana nas grandes cidades brasileiras (Souza, 1993; Minayo & Souza, 1993).

A tendência observada nas taxas de mortalidade por homicídios no município de São Paulo refletem de maneira mediata esse processo de deterioração das relações sociais na

grande cidade. Pode-se observar para ambos os sexos e para diversos grupos etários um padrão bastante semelhante, de rápido crescimento na primeira metade da década e estabilização das taxas em valores altos a partir de 1986. Tal tendência demonstra o impacto que a violência urbana teve e continua tendo no perfil de mortalidade da população residente em São Paulo, à medida em que todas essas condições permanecem inalteradas.

Os maiores riscos são observados nos grupos de adultos jovens e adolescentes, sendo que para os primeiros há, aparentemente, tendência à persistência no crescimento das taxas também no período subsequente a 1986. O homicídio é a primeira causa de óbito em homens de 15 a 39 anos em São Paulo, superando todas as outras formas de mortes violentas e todas as doenças. A maioria das vítimas, assim como os agressores, pertence ao grupo de 20 a 29 anos, seguido do de 16 a 20 anos (Mingardi, 1996).

Esse perfil epidemiológico da mortalidade por homicídios é compatível com aquele descrito para as grandes cidades norte-americanas: crescimento das taxas nos últimos 15 anos, amplo predomínio de mortes no sexo masculino, concentração dos óbitos entre adolescentes e adultos jovens (CDC, 1994b). A probabilidade de estar envolvido em uma morte violenta depende de riscos cumulativos relacionados, em sua maioria, a condições de marginalidade social: brigas de gangues, tráfico de entorpecentes, assaltos à mão armada, tiroteios com a polícia, desagregação social com exclusão e iniquidade (Greenberg & Schneider, 1994).

A violência floresce em ambientes de instabilidade social, caracterizados pela pobreza, falta de oportunidades de emprego e educação, precariedade das ações policiais, ênfase em atitudes violentas como forma de sobrevivência, fácil acesso a armas de fogo, consumo de drogas e álcool, deterioração dos espaços urbanos e fragilidade das instâncias de poder institucional (SEADE, 1993; Greenberg & Schneider, 1994). Os homicídios diretamente relacionados com o uso e tráfico de drogas correspondem a 12%, na área de maior violência em São Paulo, enquanto aqueles relacionados à ação de justiceiros, acerto de contas e vingança correspondem a 24% do total (Mingardi, 1996).

Diante desse quadro de violência crescente, algumas formas de intervenção têm sido apontadas. Dentre elas, tem recebido algum destaque na literatura especializada, a proibição ou limitação do porte de armas. Os estudos relativos ao impacto de legislação restritiva mostram que a aplicação e o cumprimento das

leis não tem sido tarefa fácil e que, quando a fiscalização e a aplicação de penalidades ocorrem, a redução das mortes por homicídio se restringe àqueles provocados no interior das famílias, isto é, cometidos por parentes próximos das vítimas (Stark, 1990; O'Carroll et al., 1991).

Outras medidas de caráter mais abrangente envolvem a denúncia e desmontagem das redes de corrupção, com punição dos envolvidos, para acabar com a sensação de injustiça e impunidade social; o fortalecimento do Estado de direito, coibindo a violência cometida pelos

órgãos do Estado e pela própria população; redes de solidariedade, principalmente nas áreas de maior exclusão social, para dar suporte aos jovens e evitar o envolvimento dos mesmos em atividades criminosas; movimentos da sociedade civil dirigidos para o crescimento da consciência social relativa aos determinantes estruturais da violência; e estímulo aos grupos de pesquisadores dedicados ao estudo dos vários aspectos envolvidos na questão da violência urbana e suas repercussões sobre a saúde coletiva.

Referências

- BLAU, J. R. & BLAU, P. M., 1982. The cost of inequality: Metropolitan structure and violent crime. *American Sociological Review*, 47:114-129.
- CAMARGO, A. B. M.; ORTIZ, L. P. & FONSECA, L. A. M., 1995. Evolução da mortalidade por acidentes e violências em áreas metropolitanas. In: *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil* (C. A. Monteiro, org.), pp. 256-167, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 1994a. Firearm-related years of potencial life lost before age 65 years – United States, 1980-1991. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 43:609-611.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 1994b. Homicides among 15-19 year-old males, United States, 1963-1991. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 43:725-730.
- FARIA, V., 1992. A conjuntura social brasileira. *Novos Estudos*, 33:103-114.
- GREENBERG, M. & SCHNEIDER, D., 1994. Violence in American cities: Young black males is the answer, but what was the question? *Social Science and Medicine*, 39:1179-1187.
- HARTWIG, F. & DEARING, B. E., 1979. *Exploratory Data Analysis*. London: Sage University Paper.
- KELLERMAN, A. L.; RIVARA, F. P. & RUSHFORTH, N. B., 1993. Gun ownership as a risk factor for homicide in the home. *New England Journal of Medicine*, 329:1084-1090.
- KILLIAS, M., 1993. International correlations between gun ownership and rates of homicide and suicide. *Canadian Medical Association Journal*, 148: 1721-1725.
- LOPEZ, M. V.; MEDINA, M. E. H.; PACHECO, R. A. R. & MUÑOZ, J. B., 1992. Muertes por homicidio, consecuencia fatal de la violencia. El caso de México, 1979-1992. *Revista de Saúde Pública*, 30:46-52.
- MINAYO, M. C. S., 1990. A violência na adolescência: Um problema de saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 6:278-292.
- MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R., 1993. Violência para todos. *Cadernos de Saúde Pública*, 9:65-78.
- MINGARDI, G., 1996. *Pesquisa sobre a Violência na Zona Sul*. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência, Universidade de São Paulo. (mimeo.)
- O'CARROLL, P. W.; LOFTIN, C. & WALLER, J. B., 1991. Preventing homicide: An evaluation of the efficacy of a Detroit gun ordinance. *American Journal of Public Health*, 81:576-581.
- OMS (Organização Mundial da Saúde), 1985. *Classificação Internacional das Doenças e Causas de Morte. 9ª Revisão*. São Paulo: Centro para Classificação de Doenças em Português, Universidade de São Paulo/Organização Mundial da Saúde.
- RUNYAM, C. W. & GERKEN, E. A., 1989. Epidemiology and prevention of adolescent injury. *JAMA*, 262: 2273-2279.
- SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados Estatísticos), 1992. *Pobreza e Riqueza: Pesquisa de Condições de Vida*. São Paulo: SEADE.
- SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados Estatísticos), 1993. *Pesquisa de Emprego e Desemprego*. São Paulo: SEADE.
- SINGER, P., 1993. Perspectivas de desenvolvimento da América Latina. *Novos Estudos*, 44:133-164.
- SOUZA, E. R. & MINAYO, M. C. S., 1995. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: Década de 80. In: *Os Muitos Brasís* (M. C. S. Minayo, org.), pp. 87-116, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco.
- SOUZA, E. R., 1993. Violência velada e revelada: Estudo epidemiológico da mortalidade por causas externas em Duque de Caxias, RJ. *Cadernos de Saúde Pública*, 9:48-64.
- STARK, E., 1990. Rethinking homicide: Violence, race and the politics of gender. *International Journal of Health Services*, 20:3-26.
- THOMPSON, M. P. & MORRIS, F. H., 1992. Crime, social status and alienation. *American Journal of Community Psychology*, 20:97-117.
- YUNES, J., 1993. Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 114:302-316.