

# Mortalidade por homicídios em Município da Região Sul do Brasil, 1996 a 2005

*Homicide mortality in a city of southern Brazil, 1996-2005*

**Élida Azevedo Hennington<sup>1</sup>**

**Stela Nazareth Meneghel<sup>2</sup>**

**Fernanda de Souza Barros<sup>2</sup>**

**Luciano Barros da Silva<sup>2</sup>**

**Michelle da Silva Grano<sup>2</sup>**

**Thais Pereira Siqueira<sup>2</sup>**

**Cristiane Stefenon<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz

<sup>2</sup>Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos

**Correspondência para:** Av. Brasil, 4365 - Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ, CEP 21045-900. E-mail: elida.hennington@ipecc.fiocruz.br

## Resumo

Esta pesquisa teve o objetivo de traçar o perfil epidemiológico dos homicídios em São Leopoldo, comparando-o com o do Estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo descritivo que utilizou dados disponibilizados pelo Datasus/Ministério da Saúde no período de 1996 a 2005. Os indicadores calculados foram: coeficientes de mortalidade padronizada; mortalidade proporcional segundo grupo etário; coeficiente de mortalidade segundo cor; e percentual de mortes causadas por arma de fogo. Além destes, foram construídas as taxas de mortalidade por homicídio nos municípios gaúchos com população superior a 50.000 habitantes para o período analisado. Os coeficientes de mortalidade em São Leopoldo representaram o dobro das taxas ocorridas no Estado. A população mais atingida foi a de adultos jovens e a razão entre os sexos foi de 8,4 óbitos em homens para cada óbito feminino no Rio Grande do Sul e 9,4 em São Leopoldo. 86% dos homicídios foram perpetrados por armas de fogo em São Leopoldo e 72% no Rio Grande do Sul. O risco de morrer foi 44% maior na população negra de São Leopoldo. O homicídio é uma importante causa de morte precoce no RS, embora São Leopoldo apresente um perfil de maior gravidade – taxas maiores, maior percentual de uso de armas de fogo e evidências de sobremortalidade de jovens negros quando comparado ao Estado.

**Palavras-chave:** Homicídio. Mortalidade. Violência. Coeficiente de mortalidade. Epidemiologia descritiva.

## Abstract

The objective of this study is to outline the epidemiological profile of homicides in the city of São Leopoldo and compare it to that of the state of Rio Grande do Sul. It is a descriptive epidemiological study that used data provided by the Datasus/Ministry of Health for the period from 1996 to 2005. The indicators brought out by the study were the following: homicide standardized death rates; age-specific homicide death rates; homicide death rates according to race; and the percentage of deaths caused by firearms. Homicide mortality rates were calculated for cities of Rio Grande do Sul with more than 50,000 inhabitants for 1996-1999 and 2000-2005. Homicide death rates in the municipality are two-fold the state's rates. The most affected segment was young adults; and the male to female ratio was 8.4 in Rio Grande do Sul and 9.4 in São Leopoldo. 72% of homicides were caused by firearms in Rio Grande do Sul and 86% in São Leopoldo. The risk of dying due to homicide was 44% greater in São Leopoldo's black population. Homicide is an important cause of premature death in RS, and São Leopoldo displays an even more alarming profile—higher rates, greater percentage of firearm use and even higher rates among black youth, when compared with the state as a whole.

**Keywords:** Homicide. Mortality. Violence. Mortality rate. Descriptive epidemiology.

## Introdução

A violência foi considerada problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS) nos anos 1990. Em âmbito mundial, a cada ano mais de 1,6 milhões de pessoas morrem e outras tantas sofrem lesões em decorrência das violências. Em conjunto, as violências são uma das principais causas de morte em todo o mundo e atingem principalmente pessoas dos 15 aos 44 anos de idade. Ao reconhecê-la como objeto de intervenção, a OMS enfatizou que é possível contribuir na prevenção e redução de seus efeitos usando as medidas adotadas pela saúde pública para enfrentar outros agravos<sup>1,2</sup>.

Uma das formas mais usuais utilizadas pelo campo da saúde para identificar a magnitude das violências em um determinado local é pela análise dos dados de mortalidade, classificadas de acordo com o Capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças – Décima Revisão (CID 10), que abarca as causas externas (homicídios, suicídios e acidentes). Estas mortes têm representado grave problema especialmente nas grandes cidades; no Brasil, as mortes violentas encontram-se em segundo lugar no *ranking* da mortalidade. Acrescenta-se a este fato a idade jovem da população vitimada, que faz com que as mortes violentas sejam a primeira causa de óbito entre adolescentes e adultos jovens<sup>3,4</sup>. Cabe ressaltar que este indicador só inclui as mortes, desconhecendo-se o impacto dos eventos não mortais e de suas seqüelas, que constituem outro grupo extenso de agravos.

No estado do Rio Grande do Sul as mortes violentas ocupam a quarta posição entre as causas de mortalidade enquanto que no município de São Leopoldo as mortes violentas ocupam o terceiro lugar, atrás somente das doenças do aparelho circulatório e neoplasias.

Sabe-se que, dentre as causas externas, os homicídios constituem uma elevada proporção. Os assassinatos constituem-se em problema de extrema gravidade por sua elevada freqüência, afetando principalmen-

te adolescentes e jovens do sexo masculino, com repercussões no sistema de saúde, previdência social e judiciário, gerando grande impacto em indicadores de nível de saúde como o de Anos Potenciais de Vida Perdidos. Em escala mundial, no ano 2000 ocorreram 520.000 óbitos por homicídios, correspondendo a 31% dos óbitos violentos e a um coeficiente de 8,8 por 100 mil habitantes<sup>5</sup>. Por outro lado, Alemanha, Áustria, Espanha, França, Austrália, China, Japão e países do Reino Unido apresentam taxas menores que um óbito por 100 mil habitantes. E, no Brasil, a taxa de mortalidade específica por homicídio apresentou cifra expressiva de 28 óbitos por 100 mil habitantes em 2001, inferior somente à da Colômbia, com 60 mortes para cada 100 mil habitantes<sup>5</sup>.

O presente estudo tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos homicídios em São Leopoldo, cidade da Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA), comparando-o com o do Estado do Rio Grande do Sul, utilizando dados demográficos e de mortalidade.

## Método

Este é um estudo descritivo sobre mortalidade por homicídio no município de São Leopoldo e no Estado do Rio Grande do Sul.

As informações sobre mortalidade por causas externas, Capítulo XX da Classificação Internacional das Doenças - 10ª Revisão, apresentadas neste estudo foram obtidas a partir dos dados disponibilizados por meio do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Datasus/Ministério da Saúde (período de 1996 a 2005). Foram usados os códigos X85 a Y09 (agressões) da CID-10 e construídos coeficientes de mortalidade para homicídio utilizando-se as populações fornecidas pelo IBGE e disponibilizadas pelo Datasus.

Todos os indicadores foram confeccionados para o município e para o Estado, objetivando realizar a comparação entre ambos. As séries históricas de mortalidade por homicídio foram padronizadas usando-

se a população padrão da Organização Mundial de Saúde para o ano 2000. Os indicadores construídos foram: coeficientes de mortalidade padronizada por homicídio no período 1996-2005; mortalidade proporcional por homicídio segundo grupo etário; coeficientes de mortalidade por homicídio segundo cor; percentual de homicídios causados por arma de fogo e coeficientes de mortalidade por homicídios de municípios gaúchos com mais de 50.000 habitantes, apresentando-se os resultados dos que apresentaram as piores taxas.

Os dados sobre cor estão disponíveis no SIM apenas a partir do ano de 1997 e foram usados para descrever a mortalidade segundo raça no Rio Grande do Sul e São Leopoldo. Para cálculo da população negra, utilizaram-se as informações censitárias disponibilizadas pelo IBGE que indicam 12% da população do Rio Grande do Sul como de raça negra (pardos acrescidos de pretos) e 8,9% para o município de São Leopoldo. A população indígena e amarela foi excluída das análises.

Este estudo faz parte da pesquisa denominada "Diagnóstico e estratégias de enfrentamento das violências em São Leopoldo"<sup>6</sup> desenvolvido na Universidade do Vale do Rio dos Sinos e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução CEP/UNISINOS nº 003/2005).

## Resultados

A série histórica analisada neste estudo é a de 1996 até 2005 e compreende o perfil de mortalidade por homicídios em São Leopoldo e no Rio Grande do Sul.

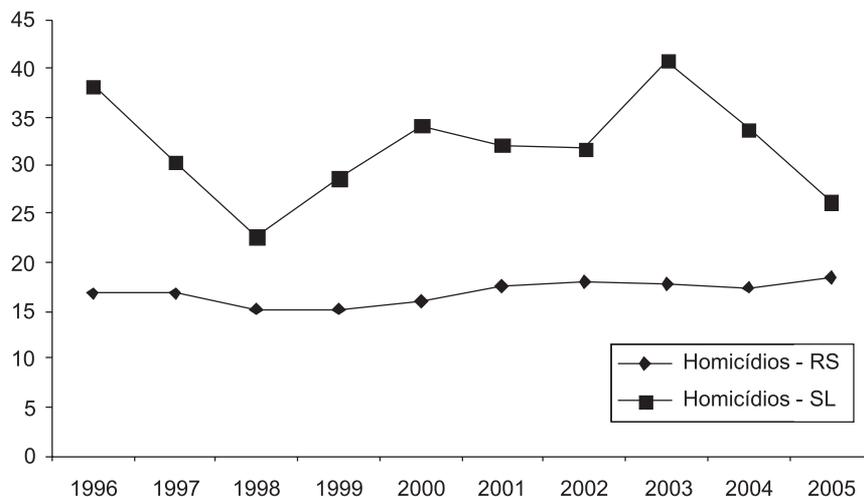
A Figura 1 mostra os coeficientes de mortalidade padronizados por homicídio no Estado e no município de São Leopoldo. No período estudado, o município apresentou coeficientes em torno de 32 óbitos por 100 mil habitantes (oscilando entre 22 a 40 óbitos/100.000) Em São Leopoldo não aparece um padrão na ocorrência da mortalidade por homicídio, embora os patamares sejam elevados, representando o dobro da mortalidade por homicídios

ocorrida no Estado neste mesmo período, ou 16 óbitos por 100 mil habitantes (15 a 18 óbitos/100.000 habitantes)

O município de São Leopoldo apresentou a segunda maior taxa de mortalidade por homicídio, dentre os municípios gaúchos com população superior a 50.000 habi-

tantes, nos dois períodos estudados (Tabela 1). Dos municípios com as maiores taxas de mortalidade por homicídio, apenas a cidade de Cachoeirinha não sofreu incremento nos valores nos anos analisados.

A Figura 2 apresenta a mortalidade proporcional por homicídio segundo gru-



#### Coeficiente/100000

Fonte/Source: DATASUS

**Figura 1** - Coeficientes de mortalidade padronizada por homicídios, RS e São Leopoldo, 1996-2005.

**Figure 1** – Standardized homicide death rates, RS and São Leopoldo, 1996-2005.

**Tabela 1** – Municípios com maiores coeficientes de mortalidade por homicídios\*, Rio Grande do Sul, 1996-2000 e 2001-2005.

**Table 1** – Cities with the highest homicide mortality rates\*, Rio Grande do Sul, 1996-2000 and 2001-2005.

Municípios	1996-2000	2001-2005
Alvorada	40,1	52,7
São Leopoldo	32,0	34,7
Guaíba	20,5	33,4
Canoas	24,8	32,3
Cachoeirinha	32,1	31,7
Porto Alegre	25,7	30,2
Viamão	25,6	27,1
Novo Hamburgo	26,0	26,7
Esteio	17,9	25,9
Parobé	18,4	24,5

\*Coeficientes por 100.000 habitantes / Rates per 100,000 inhabitants

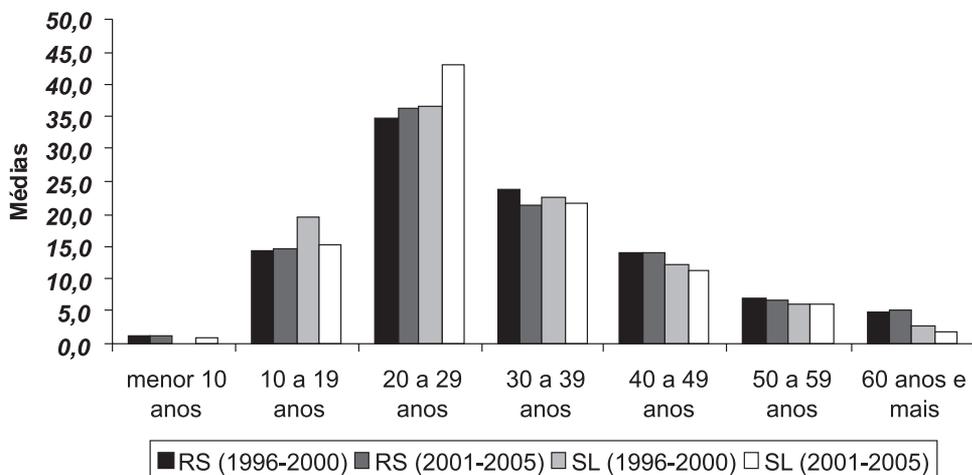
Todos municípios com mais de 50.000 habitantes no ano de 2005. / All municipalities with more than 50,000 inhabitants in 2005.

Fonte/Source: DATASUS

pos etários em dois períodos distintos: o primeiro deles compreende os anos de 1996 a 2000 e o segundo de 2001 a 2005. O grupo etário mais atingido é o de 20 a 29 anos, correspondendo a mais de 30% dos óbitos no Estado e mais de 40% para o município. No período estudado, a proporção de homicídios em adolescentes e adultos jovens

aumentou de 47% para 53% no Rio Grande do Sul e em São Leopoldo passou de 55% para 60% do total dos óbitos. Observa-se, portanto, o peso das mortes por agressões na população jovem, principalmente no que se refere a São Leopoldo.

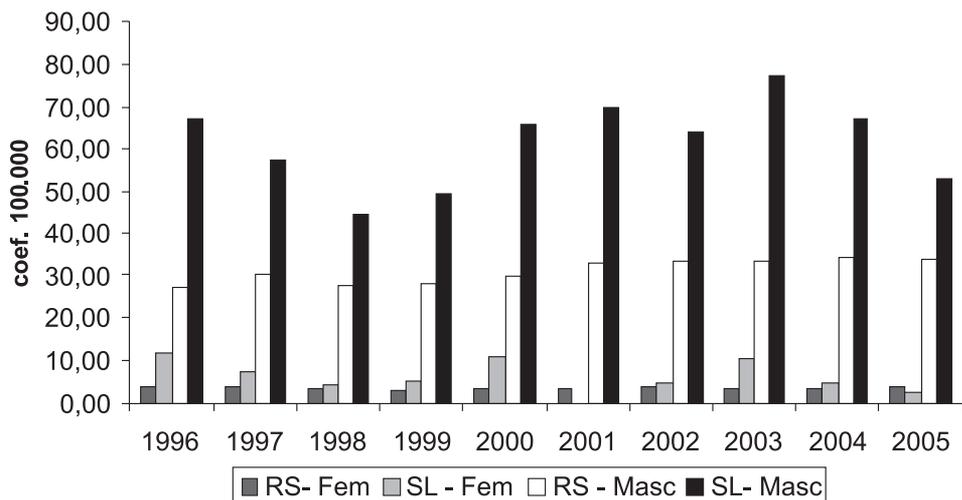
A Figura 3 mostra a distribuição dos homicídios segundo o sexo da vítima, res-



Fonte/Source: DATASUS

**Figura 2** - Mortalidade proporcional por homicídios, segundo grupo etário, RS e São Leopoldo, 1996-2000 e 2001-2005.

**Figure 2** – Standardized homicide death rates, according to age group, RS and São Leopoldo, 1996-2000 and 2001-2005.



Fonte/Source: DATASUS

**Figura 3** - Coeficientes de Mortalidade por homicídios, segundo sexo, RS e São Leopoldo, 1996-2005.

**Figure 3** – Homicide death rates, according to gender, RS and São Leopoldo, 1996-2005

**Tabela 2** - Óbitos\* e coeficientes de mortalidade por homicídios segundo cor, Rio Grande do Sul e São Leopoldo, 1997-2005.

**Table 2** – Deaths and homicide death rates according to color, Rio Grande do Sul and São Leopoldo, 1997-2005.

Ano	Rio Grande do Sul				São Leopoldo			
	brancos		negros		brancos		negros	
	óbitos	coef.	óbitos	coef.	óbitos	coef.	óbitos	coef.
1997	1.217	14,17	254	21,68	52	31,09	5	30,23
1998	1.149	13,23	261	22,04	37	21,81	5	29,80
1999	1.167	13,30	269	22,48	40	23,23	8	46,97
2000	1.357	15,14	271	22,17	62	35,20	11	63,15
2001	1.495	16,48	317	25,62	60	33,55	7	39,58
2002	1.560	17,03	322	25,78	59	32,59	8	44,68
2003	1.535	16,60	354	28,07	73	39,82	13	71,70
2004	1.575	16,86	384	30,15	62	33,41	9	49,03
2005	1.593	16,69	407	31,27	52	27,26	5	26,50

\* Óbitos por 100.000 habitantes / Deaths per 100,000 inhabitants  
Fonte/Source: DATASUS

pectivamente no Estado e no município de São Leopoldo. Em São Leopoldo, a razão entre os sexos foi 9,4:1, ou seja, estas mortes atingem praticamente dez vezes mais o contingente masculino, enquanto no Estado a razão está em 8,4:1. Em todos os anos estudados, os coeficientes de mortalidade por homicídios em São Leopoldo, tanto na população masculina quanto na feminina, representaram praticamente o dobro dos do Estado. Observou-se que, em São Leopoldo, durante o período 1996-2000, 86% dos homicídios foram produzidos por arma de fogo, enquanto no Estado a cifra foi de 72%.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos homicídios segundo a cor, constante na

Declaração do Óbito. Em São Leopoldo, a população negra apresenta 44% de chance a mais de morrer por homicídio, comparada à população branca. Em 1997, em São Leopoldo, os coeficientes de mortalidade entre brancos e negros são praticamente iguais. Como foi o primeiro ano em que a informação foi disponibilizada, pode ter havido problemas na fidedignidade dos dados. Observa-se uma tendência crescente de negros assassinados durante a série histórica, com uma diminuição importante no ano de 2005. No Rio Grande do Sul, os coeficientes são menores, mas o excesso de mortes na população negra se mantém.

Na Tabela 3 procedeu-se à estratificação

**Tabela 3** – Coeficientes de mortalidade por homicídios\* segundo cor e grupo etário em São Leopoldo e Rio Grande do Sul, 1997-2005

**Table 3** – Homicide death rates according to color and age group in São Leopoldo and Rio Grande do Sul, 1997-2005

Local/Cor	< 30 anos	≥ 30 anos
São Leopoldo		
Branco	3,39	3,41
Negro	8,42	2,11
Rio Grande do Sul		
Branco	1,63	1,83
Negro	3,42	2,20

\*Coeficientes por 100.000 habitantes / Rates per 100,000 inhabitants  
Fonte/Source: DATASUS

dos óbitos segundo idade e cor, ficando evidente a sobremortalidade dos jovens negros em comparação com as taxas praticamente iguais entre brancos e negros nos grupos de idade acima dos 30 anos.

## Discussão

Na última década, a mortalidade por homicídios mostrou uma tendência crescente no país e este fato também aconteceu no Estado do Rio Grande do Sul, fenômeno observado principalmente nos municípios que constituem a RMPA. A comparação da mortalidade por homicídios em São Leopoldo e no Rio Grande do Sul mostrou maiores taxas no município em relação ao Estado para todos os indicadores trabalhados. Este fato possivelmente se deve à maior prevalência das violências, principalmente nas regiões metropolitanas. Ao proceder à comparação das mortes por homicídios entre os municípios do Rio Grande do Sul, percebeu-se que o segundo posto no *ranking* da mortalidade correspondeu a São Leopoldo, com um coeficiente de 34,7/100.000 habitantes no período de 2001-2005.

São Leopoldo, cidade situada no Vale do Rio dos Sinos, a 30 km da capital do Estado, possui população estimada para 2005 de 209.611 habitantes (disponível em <http://www.ibge.gov.br>, acessado em 19 de novembro de 2005). Historicamente conhecido como berço da imigração alemã no sul do país, o município faz parte de uma região marcada pela consolidação de um dos principais pólos industriais coureiro-calçadistas do Brasil. As cidades do Vale dos Sinos hoje possuem população formada por grandes contingentes de migrantes proletarizados inicialmente egressos do meio rural, oriundos do norte e noroeste do Estado, atraídos pela oferta de trabalho e depois por aqueles que perderam os empregos durante o processo de modernização agrícola gaúcha, conhecido como “fenômeno soja”, das regiões do Alto Uruguai e Planalto Médio. A força de trabalho concentra-se, principalmente, nas atividades de prestação de serviços, na indústria de transformação e no comércio

de mercadorias. O desemprego na RMPA encontra-se no patamar de 17%. São Leopoldo pode ser considerada uma cidade de médio porte, característica da região metropolitana, que sofre ciclicamente com problemas de estagnação e recessão econômicas decorrentes das oscilações da taxa cambial, tendo em vista, especialmente, a dependência do setor coureiro-calçadista do mercado externo e da grande competitividade internacional. Nos últimos anos, o município tem apresentado um expressivo crescimento da pobreza e do desemprego, e o aumento dos índices gerais de violência<sup>7</sup>.

O homicídio é atualmente apontado como uma das principais causas de morte prematura no Brasil e países de Terceiro Mundo e constitui um problema de saúde pública de elevada magnitude. A população jovem, do sexo masculino, negra e residente nas áreas periféricas das grandes cidades é a mais vulnerável, quer seja como vítima, quer seja como agressora e as armas de fogo constituem o método mais usado para perpetrar o crime<sup>8-11</sup>. Este quadro é similar ao encontrado em São Leopoldo e no Rio Grande do Sul, medido através dos indicadores tradicionais utilizados pela Saúde Pública. As características epidemiológicas dos homicídios no Estado e no município mostram preponderância em populações jovens, sendo que em São Leopoldo este fenômeno é mais intenso que no Estado. Yunes e Zubarew<sup>4</sup> apontaram o aumento significativo da mortalidade por homicídios entre adolescentes e jovens no Brasil durante o período de 1980 a 1995, especialmente no grupo de 15 a 19 anos. Cordeiro & Donalísio<sup>12</sup> evidenciaram um aumento constante e consistente dos homicídios masculinos na região metropolitana de São Paulo no período de 1979 a 1998, predominantemente entre adolescentes e adultos jovens, com aumento brusco a partir dos 14 anos. As altas taxas de homicídios em adolescentes e adultos jovens, observadas também em outros países, parecem estar ligadas aos efeitos das difíceis condições de vida e à frustração das necessidades básicas destes indivíduos. Várias pesquisas têm apontado

a influência do narcotráfico e a falta de oportunidades sociais para os jovens, o que os vulnerabiliza e os torna presas fáceis da criminalidade<sup>11-14</sup>.

Em relação aos seus determinantes, há um relativo consenso entre os autores da associação entre este tipo de morte com desigualdades sociais, injustiça e situações de conflito nos grandes centros urbanos, onde ocorre a maior parte dos homicídios. Embora a relação entre mortes violentas e pobreza deva ser apontada com cuidado no sentido de não estigmatizar ainda mais as camadas populares, a deterioração urbana tem impactado nas condições de vida e nas mortes violentas. Pesquisa realizada por Barata et al.<sup>8</sup> demonstrou a relação entre condições de vida e os diferenciais intra-urbanos nas taxas de homicídios. As taxas de homicídio masculinas de adolescentes e adultos jovens residentes na periferia da cidade de São Paulo, onde vive a população mais pobre, estiveram em níveis quatro a cinco vezes maiores do que as daqueles residentes na região central da cidade.

Gawryszewski & Costa<sup>15</sup>, ao testarem a associação entre taxas de homicídios e alguns indicadores de saúde e socioeconômicos no município de São Paulo, demonstraram que os maiores coeficientes foram encontrados nos distritos com menor renda, com associação positiva e forte para o percentual de adolescentes que não frequentavam a escola e para o percentual de adolescentes grávidas. Macedo et al.<sup>16</sup> encontraram taxas de mortalidade por homicídio mais elevadas nas áreas mais pobres da cidade de Salvador. Souza et al.<sup>17</sup>, ao estudarem a mortalidade entre adolescentes de 10 a 19 anos na cidade do Rio de Janeiro, observaram que a maioria dos homicídios ocorridos nas diferentes áreas vitimizaram os próprios residentes dos locais; e Santos et al.<sup>18</sup> detectaram que as vítimas de homicídios concentravam-se na periferia das áreas mais urbanizadas na cidade de Porto Alegre, geralmente em regiões de baixas condições socioeconômicas. Já Lima et al.<sup>19</sup>, em análise espacial de determinantes socioeconômicos dos homicídios no Es-

tado de Pernambuco, observaram relação inversa entre taxa de analfabetismo e índice de pobreza e homicídios. Estes achados, segundo os autores, possivelmente estariam associados à melhoria das condições de vida em certas regiões do Estado vinculadas a situações geradoras de violência. Estudo qualitativo sobre homicídios de jovens entre 10 e 19 anos realizado por Sant'Anna et al.<sup>20</sup> na cidade de Porto Alegre demonstrou que as vítimas encontravam-se em situação de vulnerabilidade caracterizada por alto abandono escolar, baixa renda per capita e baixa escolaridade dos pais.

Acompanhando o padrão dos centros urbanos brasileiros, o uso de armas de fogo foi bastante significativo no município de São Leopoldo. No Brasil, mais de 550 mil pessoas morreram como resultado de disparos de arma de fogo no período de 1979 a 2003, correspondendo a 108 óbitos por arma de fogo a cada dia do ano; as vítimas de homicídios por armas de fogo cresceram 542,7% nestes 24 anos enquanto a população brasileira cresceu 51,8% e estas mortes atingiram principalmente jovens na faixa etária de 15 a 24 anos<sup>21</sup>. Estudo desenvolvido por Peres & Santos<sup>22</sup> sobre o papel das armas de fogo na mortalidade por homicídios no Brasil revela que, na década de 1990, as armas de fogo contribuíram com mais de 50% dos óbitos em 1991, e em 2000 com cerca de 70%. Segundo as autoras, grande parte do aumento da mortalidade por homicídios nessa década está relacionada ao crescimento dos homicídios por armas de fogo e que o controle de armas poderia vir a ter um impacto importante na redução destes óbitos.

São Leopoldo é uma das muitas cidades gaúchas marcadas pela imigração européia, o que sugere, neste caso, uma direta associação com a presença de população branca, de origem germânica. Porém, segundo dados do IBGE, a população negra perfaz hoje cerca de 9,0% da população local. Como em outras cidades, esta população, muitas vezes invisibilizada nas políticas públicas, vive nas áreas de periferia e apresenta menor renda, escolaridade e qualidade de vida.

Ainda são poucos os estudos sobre raça e processo saúde-doença no Brasil. Sabe-se, no entanto, que as causas externas estão entre as principais causas de óbito entre pretos e pardos<sup>23,24</sup>. Em São Leopoldo, verificou-se que os coeficientes de mortalidade por homicídios apresentam um excesso de cerca de 44% na população negra. O padrão encontrado nessa pesquisa mostrou que a mortalidade por homicídios foi duas vezes maior nos jovens negros gaúchos, quando comparados aos jovens brancos, enquanto os maiores de 30 anos, independente da cor, apresentaram taxas similares de mortalidade por homicídios. Este dado aponta para a maior vulnerabilidade do jovem negro no Rio Grande do Sul. Em contraste, estudo realizado por Kilsztajn et al.<sup>5</sup> na região metropolitana de São Paulo demonstrou que homens jovens com baixa escolaridade apresentaram a mesma probabilidade de morte, independentemente da cor, quando controladas as variáveis anos de estudo, sexo e escolaridade. Embora persista a discussão do peso da raça/preconceito racial *versus* condições socioeconômicas/ desigualdade sociais no risco de adoecer e morrer parece existir consenso sobre a maior vulnerabilidade da população negra em nossa sociedade, dados confirmados pela sobremortalidade por homicídios na população negra no Rio Grande do Sul e em São Leopoldo.

## Considerações Finais

Souza<sup>17</sup> (1994) ressalta o aumento nas taxas de mortes violentas no Brasil, em especial nas regiões metropolitanas, a juvenalização do fenômeno e a elevada frequência de eventos causados por arma de fogo. Assinala que três fatos podem ser relacionados ao aumento dos homicídios nas grandes regiões metropolitanas brasileiras a partir dos anos 80:

a) a consolidação da organização do crime, com uma economia e um poder paralelo em conluio com o poder público e a economia formal, constituindo uma rede articulada e difícil de ser combatida;

b) a consolidação dos grupos de extermínio;

c) o aumento da pobreza e da miséria urbanas, sobretudo da população em idade produtiva, vivendo e trabalhando nas ruas, e de uma população infantil e juvenil compelida ao trabalho e à busca de sobrevivência em todas as regiões metropolitanas do país acrescida da falência das instituições de atenção a crianças e adolescentes.

As características socioeconômicas de São Leopoldo evidenciam um estado de empobrecimento da população, ao qual se acrescenta a precariedade do mercado de trabalho e de políticas públicas de proteção aos segmentos mais vulnerabilizados da população, incluindo-se a população negra invisibilizada na composição demográfica da cidade, que ainda se considera o berço da colonização germânica no sul, e nas políticas públicas, gerando crescente desigualdade e injustiça social. A gravidade da situação evidenciada no município indica a necessidade premente de intervenção.

Para a superação dos padrões de saúde/doença atuais, incluindo o elevado número de mortes violentas, deve-se ampliar o enfoque sobre o fenômeno, considerando-se as condições gerais de vida e de trabalho e, além disso, avançar no entendimento do modo de vida do jovem brasileiro, fragilizado pelos reveses sociais e econômicos e pela degradação dos padrões familiares e sociais. Autores como Szwarcwald et al.<sup>14</sup>, Kawachi et al.<sup>25</sup> e Rolnik<sup>26</sup> ressaltam que as sociedades mais iníquas apresentam menor investimento em educação, saúde e em outros aspectos de promoção da qualidade de vida e também que o grau de coesão social e de vulnerabilidade de determinados indivíduos ou grupos influi no enfrentamento de problemas sociais. Além dos efeitos imediatos que a falta de investimentos sociais têm sobre a saúde, essas sociedades apresentam também menor grau de solidariedade, com menor número de indivíduos engajados em atividades civis de ajuda mútua, aumentando a vulnerabilidade social.

A ação coletiva e a cooperação entre campos como a saúde, a educação, a justiça, dentre outros, é fundamental para resolver diversos problemas sanitários que muitas vezes são considerados apenas do ponto de vista “médico”. Diante de problemática tão complexa, qualquer intervenção será mais efetiva se acontecer em rede e a Saúde Coletiva pode contribuir para entender e intervir sobre o fenômeno da violência a partir do desenvolvimento de ações interdisciplinares, contribuindo para a formu-

lação de políticas públicas intersetoriais e integradas.

Élida Azevedo Hennington e Stela Nazareth Meneghel participaram da análise e interpretação dos dados e da concepção e redação do artigo. Fernanda de Souza Bairros, Luciano Bairros da Silva, Michelle da Silva Grano, Thaís Pereira Siqueira e Cristiane Stefenon participaram da revisão bibliográfica, do levantamento e análise dos dados.

---

## Referências

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano, R. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, DC: OPS/OMS, 2003.
2. Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad Saúde Pública* 1994; 10: 1-18.
3. Mello Jorge MHP, Gawryszewski VP, Latorre MRDO. Análise dos dados de mortalidade. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(S 4): S5-25.
4. Yunes J, Zubarew T. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: un desafío para la región de las Américas. *Rev Bras Epidemiol*. 1999; 2: 102-71.
5. Kilsztajn S, Carmo MSN, Sugahara GTL, Lopes ES. Víctimas da cor: homicídios na região metropolitana de São Paulo, 2000. *Cad Saúde Pública* 2005; 21: 1408-15.
6. Hennington EA, Meneghel SN. Diagnóstico das violências e propostas de intervenção no município de São Leopoldo. In: *Cadernos IHU Idéias - Violências: o olhar da Saúde Coletiva*. São Leopoldo, Instituto Humanitas Unisinos, 51: 1-16, 2006
7. Hennington EA, Monteiro M. O perfil epidemiológico dos acidentes de trabalho no Vale dos Sinos e o sistema de vigilância em saúde do trabalhador. *Hist Cienc Saude-Manguinhos* 2006; 13: 865-76
8. Barata RB, Ribeiro MCA, Moraes JC. Desigualdades sociais e homicídios em adolescentes e adultos jovens na cidade de São Paulo em 1995. *Rev Bras Epidemiol* 1999; 2: 50-9.
9. Gawryszewski, VP, Koizumi MS, Mello Jorge MHP. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(4): 995-1003.
10. Souza, ER. Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública na década de 80. *Cad Saúde Pública* 1994; 10 (S1): S45-60.
11. Zaluar A, Noronha JC, Albuquerque C. Violência: pobreza ou fraqueza institucional? *Cad Saúde Pública* 1994; 10 (S1): S213-7.
12. Cordeiro R, Donalísio MRC. Homicídios masculinos na Região Metropolitana de São Paulo entre 1979 e 1998: uma abordagem pictórica. *Cad Saúde Pública* 2001; 17: 669-77.
13. Beato Filho CC, Assunção RM, Silva BFA, Marinho FC, Reis IA, Almeida MCM. Conglomerados de homicídios e o tráfico de drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, de 1995 a 1999. *Cad Saúde Pública* 2001; 17: 1163-71.
14. Szwarcwald CL et al. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 1999; 15: 15-28.
15. Gawryszewski, VP, Costa LS. Homicídios e desigualdades sociais no município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2005; 39: 191-7.
16. Macedo AC, Paim JS, Silva LMV, Costa MCN. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2001; 35: 515-22.
17. Souza ER, Assis SG, Silva C, Passos MF. Violência no município do Rio de Janeiro: áreas de risco e tendências de mortalidade entre adolescentes de 10 a 19 anos. *Rev Panam Salud Publica* 1997; 1: 389-98.
18. Santos SM, Barcellos C, Carvalho MS, Flôres R. Detecção de aglomerados espaciais de óbitos por causas violentas em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 1996. *Cad Saúde Pública* 2001; 17: 1141-51.
19. Lima MLC, Ximenes RAA, Souza ER, Luna CF, Albuquerque MFPM. Análise espacial dos determinantes socioeconômicos dos homicídios no estado de Pernambuco. *Rev Saúde Pública* 2005; 39: 176-82.

20. Sant'Anna A, Aerts D, Lopes MJ. Homicídios entre adolescentes no sul do Brasil: situações de vulnerabilidade segundo seus familiares. *Cad Saúde Pública* 2005; 21: 120-9.
21. Waiselfisz JJ. Mortes *matadas* por armas de fogo no Brasil: 1979-2003. Série Debates, VII. Brasília; Edições Unesco, junho de 2005.
22. Peres MFT, Santos PC. Mortalidade por homicídios no Brasil na década de 90: o papel das armas de fogo. *Rev Saúde Pública* 2005; 39: 58-66.
23. Batista, LE, Escuder, MML, Pereira, JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev Saúde Pública* 2004; 38: 630-6.
24. Batista, LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10: 71-80.
25. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stih D. Social capital, income inequality and mortality. *Am J Public Health* 1997; 87:1491-8.
26. Rolnik R. Exclusão territorial e violência. *São Paulo Perspect* 1999; 13: 100-11.

Recebido em: 16/03/07

Versão final reapresentada em: 28/05/08

Aprovado em: 30/05/08