

Análise da mortalidade por homicídios no Recife-PE: tendências no período entre 1997 e 2006

doi: 10.5123/S1679-49742011000200002

Analysis of Homicide Mortality in Recife, State of Pernambuco, Brazil: Trends from 1997 to 2006

Andréa Maria Ferreira Barbosa

Secretaria Municipal de Saúde, Recife-PE, Brasil

Luiz Oscar Cardoso Ferreira

Departamento de Medicina Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco, Recife-PE, Brasil

Maria Dilma de Alencar Barros

Departamento de Medicina Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco, Recife-PE, Brasil

Resumo

Objetivo: este estudo analisou a magnitude e a tendência da mortalidade por homicídios no Recife-PE no período entre 1997 e 2006. **Metodologia:** os óbitos foram captados do Sistema de Informações sobre Mortalidade da Secretaria de Saúde do Recife; utilizou-se o desenho ecológico exploratório do tipo série temporal; analisou-se a tendência para os coeficientes segundo sexo e faixa etária, pelo modelo exponencial. **Resultados:** no período, ocorreram 9.850 óbitos por homicídios em residentes no Recife; cerca de 67% deles ocorreram no grupo de 15 a 29 anos de idade; houve diferencial no risco de mortalidade segundo sexo e faixa etária – homens jovens associaram-se a maior risco de homicídios quando comparados às mulheres –; no geral, os coeficientes de mortalidade por homicídios reduziram em torno de 7,0%, embora esse declínio demonstre significância estatística apenas nas faixas etárias acima de 30 anos e no sexo masculino. **Conclusão:** ações específicas devem se voltar, principalmente, à população de adolescentes e adultos jovens, visto que esses contingentes vêm mantendo os altos níveis de mortalidade por homicídios no Município.

Palavras-chave: homicídios; violência; mortalidade; séries temporais.

Summary

Objective: this study analyzed the magnitude and trend of homicide mortality in Recife, State of Pernambuco, Brazil, from 1997 to 2006. **Methodology:** data from the Mortality Information System of Recife's Health Secretariat were used; a time series exploratory ecological model was created to analyze trends in mortality ratios; those coefficients were assessed according to gender and age, using the exponential model. **Results:** during that period, there were 9,850 homicides of Recife residents; approximately 67% of those killed were in the age group of 15 to 29 years; there was a difference in risk of mortality by gender and age group – young men were associated with increased risk of homicide, compared to women – the overall mortality rate went down about 7%, but that decline showed statistical significance only in men with 30 years or more. **Conclusion:** specific actions should be taken to benefit mainly adolescents and young adults, since there has been a high rate of homicide among that portion of the population living in the city.

Key words: homicide; violence; mortality; time series.

Endereço para correspondência:

Rua Santo Elias, 404, Apto. 503, Espinheiro, Recife-PE, Brasil. CEP: 52020-090
E-mail: andreamfbarbosa@gmail.com

Introdução

Em 1946 a Organização das Nações Unidas (ONU) declarou a violência como um problema de Saúde Pública do qual resultava a estigmatização de bairros e cidades considerados perigosos, com maior impacto nos setores pobres das sociedades e aumento dos custos nos programas de seguridade social.¹ No ano 2000, o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) ressalta o grande impacto da violência na saúde da população mundial, relatando que cerca de um terço das mortes violentas ocorridas no mundo naquele ano, teve como causa os homicídios. O relatório enfatiza aspectos como, por exemplo, mais de 90% de todas as mortes relacionadas à violência terem ocorrido nos países em desenvolvimento. A violência representa uma das principais causas de morte na população de 15 a 44 anos de idade, em todo o mundo: a cada ano, cerca de 1 milhão e 600 mil pessoas perdem a vida violentamente. Estimou-se, para o mesmo ano 2000, em torno de 14% das mortes ocorridas no sexo masculino e 7% no sexo feminino devidas à violência.²

O perfil de mortalidade por violência no Brasil segue a tendência mundial: maior concentração nas Regiões Metropolitanas, maior incidência sobre o sexo masculino e no grupo de adolescentes e adultos jovens – chegando a ser a primeira causa de mortalidade nas idades entre 15 e 34 anos, em algumas metrópoles. Esse fato evidencia um quadro de mortes prematuras e alterações na estrutura demográfica, constituindo um dos principais fatores da mudança observada no padrão etário da mortalidade brasileira.³

Entre 1977 e 1994, a taxa de mortalidade por homicídio no Brasil passou de 7,9 óbitos por 100 mil habitantes para 21,2 óbitos por 100 mil habitantes, representando um aumento de cerca de 300%. Aproximadamente 30% dos óbitos por causas externas (mortes por causa não natural) nesse período foram decorrentes de homicídios.⁴

Pesquisa realizada para analisar a magnitude dos homicídios e sua evolução temporal no período de 1980 a 1998, na população masculina de 15 a 49 anos, por área geográfica do Estado de Pernambuco, mostrou um crescimento das taxas de mortalidade atribuídas a essa causa na capital, sua Região Metropolitana e interior do Estado, quando analisados

os anos extremos da série, de 69,6 para 91,4% na capital e de 54,1 para 84,7% no Estado.⁵

Sem dúvida, o homicídio constitui uma forma extremamente grave da violência. Sua elevada ocorrência anual, sua distribuição desigual entre homens e mulheres, diferentes grupos de idade e distintas regiões do país, nos diferentes estratos econômicos, permitem identificar a natureza e a dinâmica dessa violência.⁶ A avaliação dos homicídios por diferentes variáveis, bem como sua evolução ao longo do tempo, auxilia no entendimento da complexa rede de fatores associados a esses eventos.⁷

Apesar de estudos recentes terem apontado uma tendência à estabilização das taxas de homicídio no país, essa forma de violência continua sendo responsável por perdas significativas de anos de vida, sobretudo em jovens do sexo masculino.

O perfil de mortalidade por violência no Brasil segue a tendência mundial por apresentar maior concentração nas regiões metropolitanas, maior incidência sobre o sexo masculino e no grupo de adolescentes e adultos jovens.

Considerando-se a importância, a atualidade e a gravidade do problema, buscou-se contribuir para as discussões e formulações de políticas públicas que enfocam a questão dessa causa de morte, muitas vezes precoce, na população recifense. Sendo assim, o estudo objetivou avaliar a tendência temporal e a magnitude dos homicídios na cidade do Recife, no período entre 1997 e 2006, e analisar seus diferenciais quanto ao sexo e faixa etária.

Metodologia

O estudo foi realizado no Recife, capital do Estado de Pernambuco, situado na Região Nordeste do Brasil. O Município, no ano 2000, contava com uma população residente de 1.422.905 habitantes, sendo 53,5% de mulheres e 46,5% de homens.⁸ Foi utilizado um desenho ecológico exploratório do tipo série temporal. Procedeu-se à padronização dos coeficientes por idade, pelo método direto, não sendo encontradas

diferenças em relação aos dados não padronizados, indicando que as alterações nos indicadores eram independentes da mudança da estrutura etária da população. Concluiu-se, então, ser desnecessário o uso dos valores padronizados para a elaboração da tendência temporal.

Na análise da tendência, utilizou-se ajuste de uma função polinomial do tempo por meio dos modelos de regressão polinomial. Nesses modelos, os valores da série de coeficientes de mortalidade por homicídio foram considerados como variável dependente (Y) e os períodos do estudo como variável independente (X). As vantagens da estimação da tendência utilizando modelos de regressão polinomial constituem o grande poder estatístico dessa classe de modelos, de fácil elaboração e interpretação.⁹ Selecionou-se o modelo exponencial por tratar-se de um modelo simples e capaz de explicar adequadamente o fenômeno em estudo, embora não tenha sido encontrada diferença entre os modelos linear e exponencial.

A população do estudo foi composta por 9.850 óbitos por homicídio ocorridos em residentes no Recife, no período entre 1997 e 2006. A unidade de análise foram os anos de ocorrência desses óbitos, totalizando dez (10) anos. Os dados de mortalidade relativos ao período estudado foram obtidos a partir do banco de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) da Secretaria de Saúde do Recife. Os óbitos por homicídios foram codificados segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10), códigos X85 a Y09. Segundo dados da Secretaria de Saúde do Município, o registro de eventos vitais no Recife apresenta boa qualidade – proporção de óbitos mal definidos de 0,89% – no ano de 2004.¹⁰

As variáveis estudadas foram sexo e faixa etária (0 a 14, 15 a 29, 30 a 59 e 60 anos e mais). A escolha dessas faixas deveu-se à semelhança de comportamento das agressões entre as idades detalhadas, e também por terem sido utilizadas em recente análise pelo Ministério da Saúde, publicada no livro 'Saúde Brasil 2007'.¹¹ Foram utilizados o programa Excel, para análise de regressão, e o programa Epi Info versão 6.04, para cálculo da razão de risco entre os sexos (com os intervalos de confiança). Essa razão mensura a frequência dos homicídios nos homens em relação ao grupo de mulheres, mostrando a proporcionalidade, entre os sexos, da ocorrência do evento em análise. As popu-

lações consideradas no cálculo dos coeficientes de mortalidade foram estimadas pelo método geométrico, a partir da contagem populacional de 1996 e do Censo 2000 realizado pela fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco (UPE), registrado sob o protocolo nº 120/08.

Resultados

Em todo o período estudado, ocorreram 9.220 óbitos por homicídios no sexo masculino, representando um percentual de 93,6%. Observou-se, para o Município, uma oscilação nas taxas, com variação de 7,0%, representando uma média de redução de 1,5% ao ano ($y=73,436e-0,0153x$) obtida pela análise de regressão; essa redução, contudo, não foi estatisticamente significativa ($p>0,05$) (Figura 1). Enquanto o sexo masculino apresentou coeficientes de mortalidade sempre acima de 120 óbitos/100 mil habitantes, o sexo feminino teve como coeficiente mais alto 10,1/100 mil habitantes, observado nos anos 2000 e 2004. A redução apresentada para o sexo masculino na série analisada foi de 6,8% ($p=0,06$); e para o feminino, 2,6% ($p=0,78$). A elevada razão de risco entre os sexos sofreu ligeira redução entre os anos de 1997 e 2006, passando de 19,4 (IC_{95%}: 14,5-25,6) óbitos masculinos por cada óbito feminino, para 18,6:1 (IC_{95%}: 14,3-24,3) (Tabela 1).

Ao longo da série, os coeficientes de mortalidade por homicídios mantiveram-se estáveis, porém em alto patamar para o sexo masculino, este influenciando fortemente os coeficientes gerais do Município (Figura 1).

O grupo de 0 a 14 anos de idade apresentou os menores valores de coeficientes de mortalidade, quando comparado aos demais grupos, com amplitude entre 5,2 e 3,2 óbitos/100 mil habitantes, representando uma redução de 38,5%: reduções de 31,0 e 52,4% para os sexos masculino e feminino, respectivamente. Tal redução, entretanto, não foi estatisticamente significativa ($p>0,05$) (Tabela 2). As taxas observadas para o sexo masculino foram sempre superiores às aquelas observadas para o sexo feminino, mostrando uma razão de risco entre os sexos masculino e feminino

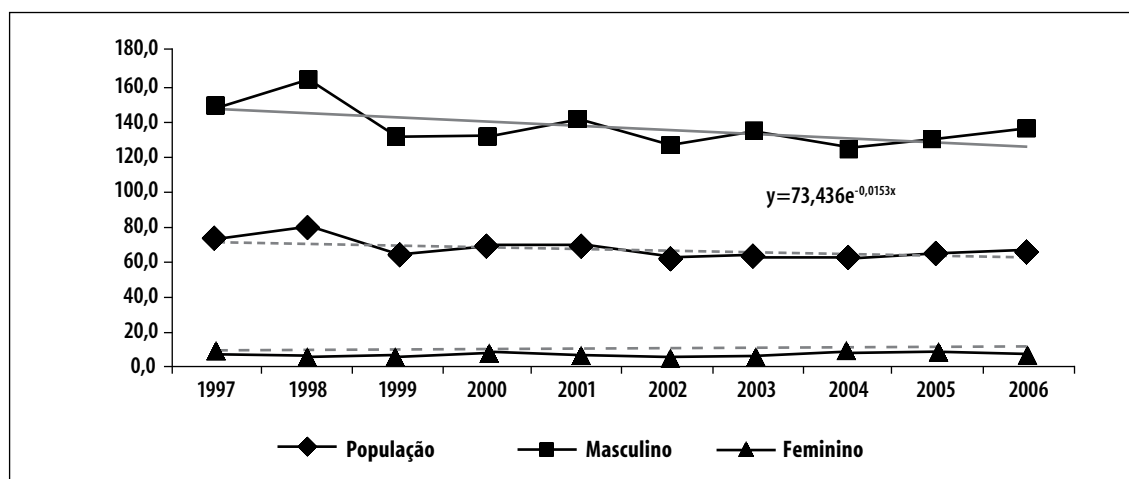


Figura 1 - Coeficiente de mortalidade específica por homicídio (por 100 mil habitantes) e respectivas retas de tendências, segundo sexo, no Município do Recife-PE, Brasil, 1997 a 2006

Tabela 1 - Coeficientes de mortalidade específica (por 100 mil habitantes) por homicídio, segundo sexo e razão de risco entre os sexos masculino e feminino, no Município do Recife-PE, Brasil, 1997 a 2006

Ano do óbito	Masculino	Feminino	Total	Razão de risco
1997	147,4	7,6	72,9	19,4
1998	163,4	8,3	80,5	19,7
1999	131,1	6,6	64,5	19,9
2000	132,7	10,1	67,1	13,1
2001	140,4	8,4	69,8	16,7
2002	127,0	6,8	62,7	18,7
2003	133,6	6,6	63,7	20,2
2004	124,2	10,1	62,9	12,3
2005	128,1	8,8	65,1	14,6
2006	137,4	7,4	67,8	18,6
TOTAL	136,5	8,1	67,7	17,3

Tabela 2 - Coeficientes de mortalidade específica por homicídio (por 100 mil habitantes), segundo faixa etária (em anos), no Município do Recife-PE, Brasil, 1997 a 2006

Ano do Óbito	0 a 14	15 a 29	30 a 59	60 e mais	Total
1997	5,2	166,4	61,2	20,6	72,9
1998	4,9	185,6	67,8	18,6	80,5
1999	3,8	137,0	65,6	10,0	64,5
2000	4,8	156,0	55,5	11,2	67,1
2001	4,2	163,0	57,3	13,3	69,8
2002	5,0	144,7	52,6	9,5	62,7
2003	4,4	151,3	52,7	5,0	63,7
2004	4,3	150,6	49,0	9,2	62,9
2005	5,3	153,8	52,0	7,0	65,1
2006	3,2	158,4	56,9	11,0	67,8
TOTAL	4,5	156,7	57,1	11,5	67,7

Nota: foram excluídos 21 óbitos com idade ignorada

Tabela 3 - Coeficientes de mortalidade específica por homicídio (100 mil habitantes) segundo sexo e faixa etária em anos e razão de risco entre os sexos masculino/feminino no Município do Recife-PE, Brasil, 1997 a 2006

Ano do Óbito	0 a 14			15 a 29			30 a 59			60 e mais		
	Masc	Fem	Razão de Risco	Masc	Fem	Razão de Risco	Masc	Fem	Razão de Risco	Masc	Fem	Razão de Risco
1997	7,8	2,1	3,7	333,6	13,4	24,9	128,5	7,4	17,4	44,8	5,6	8,1
1998	9,2	0,5	18,4	371,0	16,9	22,0	141,6	8,8	16,1	46,4	1,4	33,1
1999	6,1	1,5	4,1	277,9	9,3	29,9	135,4	9,8	13,8	26,1	0,0	—
2000	6,4	3,3	1,9	304,5	18,3	16,6	113,0	9,3	12,2	18,2	7,1	2,6
2001	5,2	3,2	1,6	324,2	13,4	24,2	117,1	9,1	12,9	27,9	4,7	5,9
2002	6,2	3,7	1,7	288,7	11,0	26,2	109,5	6,9	15,9	21,6	1,5	14,4
2003	7,1	1,6	4,4	301,7	11,7	25,8	118,6	7,9	15,0	13,6	0,0	—
2004	5,6	3,1	1,8	288,9	22,2	13,0	100,2	7,8	12,8	21,0	2,3	9,1
2005	7,4	3,1	2,4	301,0	17,1	17,6	102,1	8,6	11,9	17,0	1,1	15,5
2006	5,4	1,0	5,4	312,7	15,1	20,7	118,2	7,5	15,8	27,9	1,1	25,4

Nota: foram excluídos 21 óbitos com idade ignorada

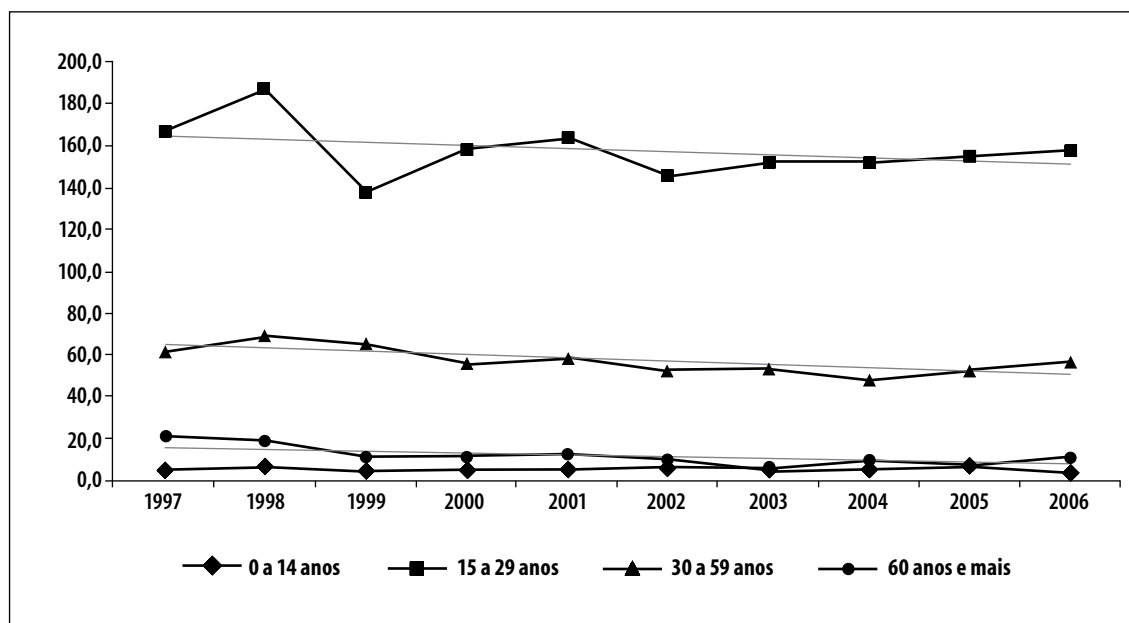


Figura 2 - Coeficiente de mortalidade específica por homicídio (por 100 mil habitantes) e suas respectivas retas de tendência, segundo faixa etária (em anos), no Município do Recife-PE, Brasil, 1997-2006

de 3,7:1 ($IC_{95\%}$: 1,2-11,1) em 1997 e de 5,4:1 ($IC_{95\%}$: 1,2-24,1) em 2006, representando a menor razão de mortalidade por homicídios entre os sexos (Tabela 3). Os dados sugerem estabilidade nesse grupo.

O grupo de 15 a 29 anos concentrou, em média, cerca de 67,0% dos óbitos (6.600/9.850) em todo o período estudado, alcançando uma taxa no sexo masculino de 371,0/100 mil no ano de 1998. A curva para esse grupo apresentou maiores oscilações no período entre 1997 e 2003 e crescimento nos três últimos anos da série estudada (Figura 2). Igualmente ao encontrado para o grupo anterior, a redução nos coeficientes não foi estatisticamente significativa ($p>0,05$). Quando analisado esse grupo por sexo, o coeficiente no sexo masculino apresentou uma redução de 6,3%, enquanto no feminino, o aumento observado no indicador foi de 11,3%; são, igualmente, variações que não apresentam significação estatística ($p>0,05$). Se a razão entre os sexos em 1997 era de 24,9 óbitos masculinos para cada óbito feminino ($IC_{95\%}$: 17,1-36,3), no final da série histórica ela apresenta redução, passando para 20,7:1 ($IC_{95\%}$: 14,7-29,0) (Tabela 3). Os coeficientes de mortalidade por homicídios nesse segmento da população, a despeito da – discreta – redução observada, são extremamente altos.

Para o grupo de 30 a 59 anos de idade, houve decréscimo de 7,0% nos coeficientes, na série analisada; para o sexo masculino, eles se mostraram sempre acima de 100 óbitos por 100 mil habitantes. A redução verificada mostrou-se estatisticamente significativa ($p<0,05$) e a curva adequou-se à equação da reta para o grupo geral (Figura 2) e para o sexo masculino em particular. Semelhante ao grupo de 15 a 29 anos, o sexo feminino apresentou acréscimo de 1,3% nos coeficientes por homicídios, não sendo estatisticamente significativa; para o sexo masculino, essa redução foi de 8,0%, com significação estatística ($p<0,05$). A razão entre sexos em 1997 era de 17,4 óbitos masculinos para cada óbito feminino ($IC_{95\%}$: 10,9-27,7), e em 2006, de 15,8:1 ($IC_{95\%}$: 10,2-23,9). Esse grupo concentrou, aproximadamente, 30,0% dos óbitos em todo período estudado.

A análise do grupo de 60 anos e mais traz a maior redução – 46,6% – nos coeficientes entre todos os grupos, com tendência a redução estatisticamente significativa ($p<0,05$). Nesse grupo, o sexo masculino apresentou decréscimo de 37,7%, estatisticamente significativa ($p<0,05$); e sexo feminino, diminuição de 80,4%, esta sem significância estatística ($p>0,05$). A razão entre os sexos em 1997 era de 8,1 óbitos mas-

culinos para cada óbito feminino ($IC_{95\%}$: 2,8-23,6); porém, esses valores foram se distanciando até, em 2006, apresentarem 25,4 homicídios em homens para um homicídio em mulher ($IC_{95\%}$: 3,4-192,8).

Portanto, a redução dos óbitos por homicídio no Recife, no período estudado, apresentou-se estatisticamente significativa apenas para os coeficientes das faixas etárias acima de 30 anos, bem como para o sexo masculino dos mesmos estratos de idades. Em relação ao sexo feminino, nenhuma faixa etária mostrou decréscimo ou acréscimo estatisticamente significativa.

Discussão

Os sistemas de informações, desde que apresentem qualidade na captação da informação, são capazes de oferecer análises consistentes, gerando hipóteses e permitindo o acompanhamento das intervenções realizadas e o monitoramento do evento. No país, o aumento da participação percentual dos homicídios no conjunto das causas externas passou de 20,0% em 1980 para 38,0% em 2006, saindo da segunda colocação para a primeira entre essas causas.¹² Esse fenômeno poderia ser explicado, em parte, pela melhoria das informações nas declarações de óbitos, redução de causas mal definidas e aumento da cobertura do Sistema de Informações sobre Mortalidade, o SIM. O crescimento dessa causa nas faixas etárias mais jovens e no sexo masculino, entretanto, demonstra que os homicídios tiveram uma participação real e maior no padrão de mortalidade da população brasileira.

No período estudado, as taxas gerais de homicídios no Recife apresentaram-se muito elevadas, sobretudo para a população de 15 a 29 anos de idade. A taxa média encontrada para o Município no período do estudo foi superior à do país nos mesmos anos, e a diminuição encontrada permitiu definir tendência de decréscimo ($p>0,05$); essa redução, porém, não apresenta significância estatística. A tendência da mortalidade por homicídio no Brasil foi de crescimento no período entre 1998 a 2003, quando atinge taxa máxima (28,6/100 mil habitantes), diminuindo aproximadamente 12,0% entre 2003 e 2006. Na classificação das Regiões Metropolitanas do país, a região que engloba o Recife, no ano de 2006, aparece em terceiro lugar, com coeficiente de mortalidade da ordem de 68,4/100 mil habitantes, atrás das Regiões

Metropolitanas de Maceió, capital de Alagoas, e Vitória, capital do Espírito Santo.¹¹

No período entre 1980 e 2004, os municípios com mais de 500 mil habitantes apresentaram tendência de redução nos óbitos por homicídio nos últimos seis anos. Por volta de 1998, os municípios com mais de 100 mil habitantes já apresentavam tendência descendente e aqueles com menos de 100 mil habitantes, mostravam tendência ascendente. Para a Região Nordeste, as taxas de homicídios decresceram nas cidades com mais de 20 mil habitantes, enquanto naquelas com menos de 20 mil, as taxas apresentaram discreto aumento nos últimos anos da série.¹² Waiselfisz chama esse fenômeno de 'interiorização da violência', ao constatar que a partir de 1999 e até 2002, o crescimento dos homicídios no interior é significativamente maior do que o experimentado pelas capitais e Regiões Metropolitanas brasileiras.¹³ Para essas regiões, que registravam 62,0% dos homicídios em 1996, no período entre 2003 e 2006, observou-se redução de 14,0%. Entretanto, nas regiões não metropolitanas ocorreu o inverso: um aumento de 39,0% no período entre 1996 e 2006.¹¹ No Recife, cidade com mais de 500 mil habitantes, pode-se afirmar tão-somente o declínio da ocorrência de mortalidade por essa causa nos grupos acima de 30 anos e do sexo masculino, segundo dados do presente estudo.

O predomínio do sexo masculino nas taxas de mortalidade por homicídios no Recife, aqui encontrado, foi referido por vários autores para o país como um todo, bem como para estados e cidades do Brasil.^{5,11,12,14-22} Pesquisas na Colômbia²³ e na região das Américas²⁴ constatarem a mesma realidade.

Outro dado significativo observado para a série histórica desta análise foi a predominância dos homicídios no grupo de 15 a 29 anos de idade. Estudo desenvolvido no Recife, que também analisou homicídios, encontrou aumento nesse coeficiente de mortalidade no período entre 1979 e 1995, tanto para crianças como para o grupo de adolescentes.¹⁶ Essas mortes nos obrigam a uma importante reflexão quanto a seus determinantes e – principalmente – quanto aos chamados 'comportamentos geradores de risco' assumidos por nossos jovens.²⁵ Segundo a ONU,²⁶ a taxa de criminalidade urbana tem apresentando tendência de estabilização, à exceção dos crimes entre jovens (12 a 25 anos), particularmente menores de idade (12 a 18 anos), observando-se, inclusive, que a idade de ingresso nos delitos vem diminuindo, de 15 para 12 anos.

Os resultados encontrados nesta pesquisa para o grupo etário de 15 a 29 anos devem ser considerados por apresentarem, em toda a série, sempre os maiores coeficientes; a pequena redução verificada não se mostrou estatisticamente significativa. Segundo Souza,¹⁸ o crescimento dos homicídios entre crianças e adolescentes, assim como entre mulheres, indica um deslocamento, em termos de faixas etárias, e uma disseminação, em termos de gênero. Já se havia detectado uma maior concentração de homicídios entre adolescentes no Município de São Paulo,¹⁴ situação confirmada em pesquisa abrangendo vários países, que detectou maior prevalência de óbitos por essa causa nos jovens do Panamá, El Salvador, Estados Unidos da América, Equador, Argentina e Porto Rico.²⁴ Na realidade de hoje, os grupos mais jovens caracterizam-se pelo alto risco a que estão expostos e uma abordagem nesse sentido contribui sobremaneira à avaliação da questão do ponto de vista da Saúde e suas consequências sociais.¹⁷

Recife, assim como outras capitais brasileiras, convive com a pobreza e as desigualdades urbanas. Essa situação compromete a qualidade de vida, principalmente da população jovem, que, compelida ao trabalho nas ruas como estratégia de sobrevivência, com outros grupos, volta-se para a ociosidade e o consumo de drogas. A pobreza do Município pode ser sintetizada em indicadores sociais: 38,0% da população do Recife encontram-se entre os que não têm rendimento ou recebem até um salário mínimo; 25,0% da área do Recife são ocupadas por 490 assentamentos espontâneos (favelas), onde habitam 40,0% da população local; o percentual de analfabetos com 15 anos ou mais anos de idade no Município é de 11,0%.²⁷ Essa realidade se reflete na formação dos cinturões de miséria e marginalidade, na periferia das grandes cidades, com baixa qualidade de vida, desenvolvimento de doenças e produção de mortes quase sempre relacionadas à violência.

Para os grupos de 30 a 59 anos e 60 e mais, o estudo mostrou diminuição nas taxas de homicídios, com redução estatisticamente significativa entre os homens e na população geral, o que mostra o envelhecimento como fator de proteção para os homicídios. Atualmente no país, observa-se uma tendência de estabilização dos homicídios que têm essa parcela da população como vítimas.²¹

Esta pesquisa, ao analisar a série histórica dos homicídios ocorridos em residentes do Recife, revelou

redução no coeficiente de mortalidade por essa causa para o Município como um todo. Porém, essa redução não apresentou significância estatística, sendo a taxa mais recente – 2006 – 2,7 vezes maior que a taxa nacional para o mesmo ano. Ao analisar as faixas etárias separadamente, verificou-se que o grupo de 15 a 29 anos, do sexo masculino, foi o de maior risco e o mais atingido por homicídios. Outrossim, vale salientar – e os números absolutos demonstram – o crescimento dessas ocorrências entre mulheres mais jovens. Esses dados colocam o Recife entre as cidades mais violentas do país, ficando em segundo lugar no *ranking* de capitais brasileiras de maior violência no ano de 2006, perdendo apenas para Maceió-AL.¹¹

Realidades como essas formam cinturões de miséria e marginalidade na periferia das grandes cidades, com baixa qualidade de vida, desenvolvimento de doenças e produção de mortes quase sempre relacionadas à violência.

Não se pode ignorar, a redução da mortalidade por homicídios não é tarefa simples. Trata-se de um problema relacionado a diversos fatores, individuais, sociais, econômicos, culturais, entre outros.²⁸ Estudos como este, ao descrever a magnitude desses eventos no tempo e seus diferenciais por idade e sexo, podem contribuir para a prevenção das mortes violentas por meio da detecção de grupos vulneráveis aos vários fatores envolvidos nessas agressões.

A mortalidade por homicídios reduz a esperança de vida ao nascer, principalmente para o sexo masculino, concorrendo para um efeito contrário ao que se observa com a redução da mortalidade infantil. Os ganhos obtidos pela redução da mortalidade na infância e consequente aumento do número de anos de vida da população são anulados pelo efeito das causas externas.

No caso particular do Recife, ações específicas frente aos homicídios devem se voltar, principalmente, a adolescentes e adultos jovens, grupo que vem mantendo, ao longo do tempo, os altos níveis dos indicadores de mortalidade por essa causa no Município. Também é importante considerar que, a

despite of the male sex being the most affected, the increasing occurrence of homicides in the female sex points, equally, to the need for special intervention in this segment of the population.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. La Violencia, un problema mundial de salud pública. In: Etienne GK, Organizador. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: OMS; 2003.
2. Organização das Nações Unidas. Prevencion de la criminalidad. Vanderschueren F, Coordenador. Nairobi, Kenya: ONU; 2002.
3. Costa IER, Ludermir AB, Avelar I. Violência contra adolescentes: diferenciais segundo estratos de condição de vida e sexo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12:1193-1200.
4. Barata RB, Ribeiro MCSR. Relação entre homicídios e indicadores econômicos em São Paulo, Brasil, 1996. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2000; 7:118-124.
5. Lima MLC. A Trajetória dos homicídios no Estado de Pernambuco: uma abordagem epidemiológica nas duas últimas décadas do século XX [Tese de Doutorado]. Recife (PE): Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
6. Agudelo SF. Momento y contexto de la violencia em Colômbia. *Revista Cubana Salud Pública* 2003; 29:18-36.
7. Soares Filho AM, Souza MFM, Gazal-Carvalho C, Malta DC, Alencar AP, Silva MMA, et al. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2007; 16(1):7-18.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
9. Latore MRDO, Cardoso MRA. Análise de séries temporais em Epidemiologia. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2001; 4:145-152.
10. Oliveira C, Guimarães MJB, Santos S, Lyra D, Melo N, Carvalho P, et al. Redução da proporção de óbitos por causas mal definidas no SIM: estratégias desenvolvidas pela Secretaria de Saúde do Recife. In: Anais 5ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; 2005; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.89.
11. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
12. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
13. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência IV: os jovens do Brasil. Brasília: UNESCO; 2004.
14. Mello Jorge MHP. Mortalidade por causas violentas no município de São Paulo, Brasil – A situação em 1980. *Revista de Saúde Pública* 1982; 16:19-41.
15. Gawryszewski VP, Mello Jorge MHP. Mortalidade violenta no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2000; 3:1-3.
16. Barros MDA, Ximenes R, Lima MLC. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. *Revista de Saúde Pública* 2001; 35(2):142-149.
17. Vermelho LL, Mello Jorge MHP. Mortalidade de jovens: período 1930-1991. *Revista de Saúde Pública* 1996; 30:319-331.
18. Souza ER. Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública na década de 80. *Cadernos de Saúde Pública* 1994; 1:45-60.
19. Simões CCS. Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
20. Peres MFT, Santos PC. Mortalidade por homicídios no Brasil na década de 90: o papel das armas de fogo. *Revista de Saúde Pública* 2005; 39:58-66.
21. Ferreira H. O crescimento dos homicídios de crianças e adolescentes no Brasil: 1980 a 2003. Políticas

Agradecimentos

À Gerência de Epidemiologia da Secretaria de Saúde do Recife, pelo apoio a este estudo.

- Sociais – acompanhamento e análise. Políticas Sociais 2005; 11:178-185.
22. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
23. Concha-Eastman A, Espitia VE, Espinosa R, Guerrero R. La epidemiología de los homicidios en Cali, 1993–1998: seis años de un modelo poblacional. Revista Panamericana de Salud Publica 2002; 12(4):230-239.
24. Yunes J, Zubarew T. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes. Revista Brasileira de Epidemiologia 1999; 2:102-171.
25. Mello Jorge MHP. Violência como problema de saúde pública. Ciência e Cultura [Internet]. 2002; 54(1):52-53 [acessado em 2009 Maio. 19]. Disponível em <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v54n1/v54n1a24.pdf>
26. Organização das Nações Unidas. Global Report on Human Settlements. London: 2007.
27. Secretaria da Política de Assistência Social do Recife. Estratégias e Metas para Implementação da Política Nacional de Assistência Social Relatório de Conferência Municipal. In: 5ª Conferência Municipal de Assistência Social do Recife; 2005 [Acessado em fev. 2010]. Disponível em www.recife.pe.gov.br/pr/secsocial/conselhomunicipal/conferencia_relato.php
28. Gawryszewski VP, Koizumi MS, Mello-Jorge MHP. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. Cadernos de Saúde Pública 2004; 20:995-1003.

Recebido em 23/10/2009

Aprovado em 26/04/2010