

Homicídios e condição de vida: a situação na cidade do Recife, Pernambuco

doi: 10.5123/S1679-49742011000200003

Homicide and Living Conditions in the City of Recife, State of Pernambuco, Brazil

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: o estudo analisou os diferenciais da mortalidade por homicídios entre residentes segundo estrato de condição de vida e bairro, no Recife, no período 2004-2006. **Metodologia:** estudo ecológico exploratório de múltiplos grupos de base censitária; foi calculado o coeficiente acumulado de mortalidade por homicídios para o conjunto do Município e para estratos – regiões-bairros classificados por condição de vida. **Resultados:** a análise mostrou um coeficiente acumulado para o Recife de 203,3/100 mil habitantes e um maior risco de morte por homicídios para os residentes no estrato IV (pior condição de vida); alguns bairros dos estratos I e II, considerados com melhores condições de vida, apresentaram coeficientes de mortalidade superiores ao do conjunto do Município; o risco relativo entre os estratos I e IV foi de 2,9. **Conclusão:** a desigualdade existente na estruturação da cidade traduz-se em coeficientes distanciados, mostrando que o risco da ocorrência dos homicídios não se apresentou homogêneo, atingindo principalmente áreas mais pobres.

Palavras-chave: homicídios; violência; condição de vida; distribuição espacial.

Summary

Objective: the study analyzed the differences in homicide mortality among residents according to living conditions and neighborhood in Recife, from 2004 to 2006. **Methodology:** an exploratory ecological study of groups based on census data; the cumulative mortality rate from homicide for that period was calculated for the whole city and considering living conditions and neighborhood. **Results:** the analysis showed a cumulative mortality rate of 203.3/100,000 inhabitants in Recife and a higher risk of death by homicide for residents of stratum IV (barshest living conditions); some neighborhoods in stratum I and stratum II (superior living conditions) showed higher mortality rates as compared to the city as a whole; comparing stratum I with stratum IV, the relative risk was 2.9. **Conclusion:** inequality in city planning is translated by huge differences in the observed rates, which show that the risk of homicides is not homogeneous and affects mainly poor areas.

Key words: homicide; violence; living condition; spatial distribution.

Endereço para correspondência:

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

Introdução

Cerca de um terço das mortes violentas ocorridas no mundo no ano 2000 teve como causa os homicídios. Esta é uma das principais causas de morte na população mundial de 15 a 44 anos de idade: a cada ano, cerca de 1 milhão e 600 mil pessoas perdem a vida violentamente. Estima-se em torno de 14,0% as mortes devidas à violência no sexo masculino; e em 7,0%, no sexo feminino.¹ Embora não seja recente, a percepção atual do fenômeno centra-se na magnitude que vem assumindo no país e no mundo.

A violência não faz parte da natureza humana, embora a vida em sociedade seja seu espaço de criação e desenvolvimento.² A violência pode ser descrita como um fenômeno complexo, resultante de múltiplas determinações, intimamente articulado com processos sociais que se assentam, em última análise, em uma estrutura social desigual e injusta.³ É importante considerar que os riscos de mortalidade por homicídios são diferenciados, segundo as condições de vida.⁴

A violência letal pode ser definida como um fenômeno de abrangência nacional. A ocorrência dos homicídios está relacionada ao processo de crescimento populacional das capitais e regiões metropolitanas brasileiras, e à persistente estagnação econômica, entre outros fatores. Essas áreas apresentam urbanização acelerada e desorganizada, e consequentemente, alta concentração de moradores nas periferias, onde a profunda desigualdade social e a má distribuição de renda geram um quadro de exclusão social.⁵

O Ministério da Saúde apontou as cidades do Brasil com maior risco para mortalidade por homicídio, agregando os óbitos ocorridos no período entre 2002 e 2004 e estratificando os municípios em duas categorias: de 20 mil a 100 mil habitantes; e acima de 100 mil habitantes. Dos municípios menos populosos, com maior risco para os homicídios, 40,0% pertencem a Pernambuco. No resultado por capitais, Recife aparece em primeiro lugar, com uma taxa acumulada de óbitos por homicídios de 198,3/100 mil habitantes no período entre 2002 e 2004.⁶

A identificação de grupos vulneráveis aos complexos fatores envolvidos na gênese dos homicídios é fundamental para o planejamento de ações preventivas. Para possibilitar essas ações, o primeiro passo a ser dado é a busca de um maior entendimento do contexto onde a violência acontece e a identificação de áreas onde

essas situações compartilham uma dinâmica particular. Só a partir desse conhecimento, será possível realizar o planejamento de ações específicas.⁷

Pesquisa realizada descrevendo a distribuição espacial dos óbitos mostrou que a maioria dos homicídios ocorreu nas proximidades das residências das vítimas, indicando uma sobreposição entre os locais de óbito e moradia, em bairros que concentram maior número de domicílios, em aglomerados subnormais e famílias de baixa renda e escolaridade.⁸

A identificação de grupos vulneráveis aos complexos fatores envolvidos na gênese dos homicídios é fundamental para o planejamento de ações preventivas.

Tanto a política de segurança pública quanto a atuação dos serviços de saúde, seja nos aspectos curativos, seja nos aspectos preventivos, podem se beneficiar de um conhecimento mais específico e preciso das características epidemiológicas da mortalidade por violência.⁹ A análise da magnitude dos óbitos por homicídios e das desigualdades socioeconômicas no Município do Recife, baseando-se nas características dos grupos mais afetados, pode contribuir para um melhor conhecimento e enfrentamento do problema, aumentando, assim, a possibilidade de êxito nas intervenções.

Este estudo objetiva caracterizar o perfil da mortalidade por homicídios no Recife, no triênio 2004 -2006, segundo as condições de vida no Município.

Metodologia

O estudo foi realizado no Recife, capital do Estado de Pernambuco, situado na região Nordeste do Brasil. O Município possui área totalmente urbana de 219 km², composta por 94 bairros, e está dividido em seis regiões político-administrativas (RPA). A população residente soma 1.422.905 habitantes, resultando em uma densidade demográfica de 6.500 habitantes/km².¹⁰

Utilizou-se um desenho ecológico exploratório de múltiplos grupos de base censitária. A população de estudo foi representada pelos bairros que apresentaram, no período entre 2004 e 2006, o somatório de cinco ou mais homicídios em seus residentes: 70 bairros,

74,5% do total que compõe o Município. Tomado o bairro como unidade de análise, para a determinação dos coeficientes de mortalidade, foram seguidas as recomendações do Washington State Department of Health, em que, para a obtenção de taxas estáveis, o numerador não deve ser inferior a cinco.¹¹

Os dados de mortalidade relativos ao período do estudo foram obtidos a partir do banco de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) da Secretaria de Saúde do Recife. Em todo o período do estudo, 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. O registro de eventos vitais em Recife apresenta boa qualidade. Por exemplo, a proporção de óbitos mal definidos representa menos de 1,0%, segundo informações da Secretaria de Saúde do Município (2006).¹² As populações utilizadas no cálculo dos coeficientes de mortalidade foram estimadas pela Diretoria de Vigilância à Saúde da Secretaria de Saúde do Recife, mediante o método geométrico, com base no Censo 2000, realizado pela fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Foram calculados os coeficientes de mortalidade acumulados, resultantes da soma dos óbitos por homicídios ocorridos em residentes de cada bairro, nos três anos do estudo; o denominador desse cálculo foi a média da população do bairro para o mesmo período. Esse indicador traduz o risco acumulado a que as populações de cada bairro estavam submetidas, durante o período estudado.

A variável independente deste estudo é o indicador de condição de vida (ICV), construído por Guimarães¹³ para o Município do Recife, obtido por meio de análise fatorial a partir de seis indicadores medidos em proporção: domicílios com abastecimento adequado de água; com esgotamento sanitário adequado; com coleta direta do lixo pelo serviço de limpeza urbana; população de analfabetos com idade entre dez e 14 anos; responsáveis pelos domicílios com três anos ou menos de estudo; e renda mensal igual ou inferior a dois salários mínimos. Por esse indicador, cada bairro recebeu um escore fatorial: quanto mais negativo, melhor a condição de vida. Por consequência, escores mais distantes de 1,000 representam piores condições de vida.

O Município foi categorizado em quatro estratos diferentes, segundo as condições de vida da população:

o estrato I foi constituído pelos bairros de “elevada condição de vida”; o estrato II, pelos de “intermediária condição de vida”; o estrato III, pelos de “baixa condição de vida”; e o estrato IV, pelos bairros de “muito baixa condição de vida”. O estrato II apresentou-se como o mais populoso, com 45,9% de toda a população do Município; o estrato IV, por sua vez, aglomera apenas 3,0% da população total.

A variável dependente do estudo constituiu-se dos óbitos por homicídios ocorridos em residentes no Recife, no triênio 2004-2006. Foram utilizados os programas Excel e Epi Info versão 6.04 d. Para descrição das desigualdades entre os estratos, determinaram-se as razões entre as taxas, adotando-se o estrato I como referência. As razões entre as taxas definiram o risco relativo de morte por homicídio a que cada estrato estava submetido quando comparado ao estrato I.

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

O risco epidemiológico pode ser definido como a probabilidade de ocorrência de um determinado evento relacionado à saúde, estimado a partir do que ocorreu no passado recente.¹⁴

Em todo o período do estudo, foram registrados 2.901 óbitos por homicídios no Recife, com um coeficiente de mortalidade acumulado (CM) no triênio de 203,3/100 mil habitantes (62,0/100 mil em 2004; 63,2/100 mil em 2005; e 66,1/100 mil em 2006). Observaram-se diferentes riscos de morte por essa causa no Município, sendo o risco entre os estratos I e IV de 2,9 ($IC_{95\%}$: 2,4-3,5) (Tabela 1).

Dos 13 bairros do estrato I, considerado com as melhores condições de vida, apenas um apresentou coeficiente de mortalidade acima do valor acumulado para o Município. O bairro de Boa Viagem, região turística do Recife, concentrou aproximadamente 24,0% dos homicídios ocorridos nesse estrato (Tabela 2).

O estrato II apresentou 29 bairros, 15 deles com coeficientes acima do acumulado para Município, representando 51,7% dos bairros. Nesse estrato, a distribuição percentual dos óbitos não apresenta grandes disparidades (Tabela 3).

Tabela 1 - Número de óbitos, percentual, coeficiente de mortalidade acumulado (100 mil habitantes) e risco relativo por homicídios segundo estratos de condição de vida no Município do Recife-PE. Brasil, 2004 a 2006

Estrato	n	%	CM	RR	IC _{95%}
I	386	13,3	115,5	1,0	–
II	1.421	49,0	216,8	1,9	1,7 - 2,1
III	947	32,6	247,3	2,1	1,9 - 2,4
IV	147	5,1	334,7	2,9	2,4 - 3,5
TOTAL	2.901	100,0	203,3	1,8	1,6 - 2,0

Tabela 2 - Número de óbitos, percentual, coeficiente de mortalidade acumulado por homicídios (100 mil habitantes) e ICV^a segundo bairros do estrato I no Município do Recife-PE. Brasil, 2004 a 2006

Bairro	n	%	CM	ICV
Cordeiro	25	6,2	62,1	-0,873
Tamarineira	8	2,0	64,0	-1,327
Espinheiro	8	2,0	83,8	-1,463
Boa Viagem	96	23,7	89,2	-1,171
Ipsep	29	7,2	105,2	-0,947
Boa Vista	17	4,2	113,0	-1,433
Engenho do Meio	13	3,2	114,8	-0,945
Madalena	25	6,2	117,9	-0,748
Zumbi	8	2,0	129,6	-0,460
Casa Forte	7	1,7	145,9	-1,660
Torre	29	7,2	159,8	-0,751
Casa Amarela	46	11,4	168,0	-0,837
Areias	75	18,5	230,4	-0,142
TOTAL	386	100,0	115,5	–

a) ICV: indicador de condição de vida

O estrato com baixa condição de vida (estrato III) apresentou 15 bairros com coeficientes de mortalidade maiores que o resultado encontrado para o conjunto do Município, representando 65,2% (15/23) do total (Tabela 4). É mister destacar que o bairro do Ibura, localizado na área sul do Município, totalizou cerca de 21,0% das ocorrências de homicídios no triênio.

O estrato IV, o que apresenta as piores condições de vida, totalizou cinco bairros estudados, destes apenas um apresentou coeficiente de mortalidade inferior ao do Município (Tabela 5). O maior percentual de homicídios (61,2%) ocorreu no bairro de Ilha Joana

Bezerra – área extremamente carente, com localização central e situada em movimentada via de ligação entre as zonas norte e sul da cidade. Importante ressaltar que o Bairro do Recife, região turística da cidade, teve o maior risco dentre todos os bairros do estudo.

Analizando os bairros e considerando o de menor e o de maior risco dentro de cada estrato, o maior risco foi identificado para o estrato IV, seguido do estrato II. Comparando-se os bairros com os maiores riscos dos estratos extremos (estrato I e estrato IV), foi encontrado um risco de 3,9 (IC_{95%:} 2,0-7,8). Importante relatar que o risco encontrado entre os bairros dos estratos

Tabela 3 - Número de óbitos, percentual, coeficiente de mortalidade acumulado por homicídios (100 mil habitantes) e ICV^a segundo bairros do estrato II no Município do Recife-PE. Brasil, 2004 a 2006

Bairro	n	%	CM	ICV
Barro	30	2,1	90,0	0,719
Porto da Madeira	8	0,6	97,7	-0,113
Mangabeira	8	0,6	101,9	0,378
Várzea	87	6,1	125,8	-0,200
Jiquiá	11	0,8	131,5	-0,091
Ilha do Retiro	5	0,4	143,4	0,621
Alto do Mandú	8	0,6	146,7	-0,290
Morro da Conceição	17	1,2	156,4	0,441
Fundão	12	0,8	161,6	0,122
Cajueiro	12	0,8	165,9	-0,220
Cohab	128	9,0	172,7	0,450
Imbiribeira	89	6,3	178,7	0,118
Prado	22	1,6	187,4	-0,364
Arruda	27	1,9	187,5	-0,303
Caxangá	14	1,0	195,9	-0,055
San Martin	49	3,5	199,1	-0,253
Pina	62	4,4	210,9	0,779
Jardim São Paulo	71	5,0	223,7	-0,331
Bongi	20	1,4	227,2	0,210
Vasco da Gama	72	5,1	228,3	0,680
Jordão	56	3,9	239,3	0,609
Iputinga	121	8,5	240,5	-0,103
Afogados	106	7,5	273,6	0,054
Tejipió	25	1,8	274,8	-0,585
Campo Grande	96	6,8	286,7	0,049
Mustardinha	41	2,9	327,1	0,376
Estância	32	2,3	334,1	0,214
Santo Amaro	164	11,5	525,0	-0,157
Totó	19	1,3	782,6	0,014
TOTAL	1.421	100,0	216,8	-

a) ICV:indicador de condição de vida

I e IV, que apresentaram os menores riscos, não foi estatisticamente significante: 1,3 (IC_{95%}: 0,7-2,5). Considerando-se o bairro do Município com menor risco (localizado no estrato I) e o bairro com maior risco (no estrato IV), obtém-se um risco 14,5 vezes maior (IC_{95%}: 6,8-30,9).

De acordo com a Tabela 6, a razão de risco de homicídios entre os bairros de menor e maior risco em cada estrato de condição de vida mostra que, no estrato I, o risco relativo entre esses bairros foi de 3,7; o estrato I foi o único que apresentou CM acumulado inferior ao registrado para o Município. No estrato II,

Tabela 4 - Número de óbitos, percentual, coeficiente de mortalidade acumulado por homicídios (100 mil habitantes) e ICV^a segundo bairros do estrato III no Município do Recife-PE. Brasil, 2004 a 2006

Bairro	n	%	CM	ICV
Curado	15	1,5	103,8	0,451
Córrego do Jenipapo	12	1,2	130,1	0,640
Alto José Bonifácio	18	1,8	135,7	0,941
Alto Sta. Terezinha	12	1,2	143,0	0,821
Brejo de Beberibe	9	0,9	144,4	0,227
Macaxeira	31	3,2	150,0	0,480
Dois Irmãos	6	0,6	183,8	0,867
Brejo da Guabiraba	23	2,4	188,8	0,982
Nova Descoberta	72	7,4	193,7	1,017
Água Fria	94	9,6	199,2	0,815
Alto José do Pinho	27	2,8	202,6	0,793
Brasília Teimosa	42	4,3	204,6	1,020
Torrões	66	6,7	208,6	0,207
Dois Unidos	73	7,5	250,1	0,981
Coelhos	19	1,9	259,7	1,224
Coqueiral	31	3,2	260,7	0,521
Linha do Tiro	40	4,1	267,6	0,984
Bomba do Hemetério	25	2,6	269,8	0,794
Beberibe	30	3,1	324,3	0,611
Mangueira	35	3,6	373,8	0,288
Campina do Barreto	34	3,5	380,5	0,485
Ibura	205	20,9	437,8	0,775
São José	55	5,6	593,0	1,342
TOTAL	974	100,0	247,3	—

a) ICV: indicador de condição de vida

Tabela 5 - Número de óbitos, percentual, coeficiente de mortalidade acumulado por homicídios (100 mil habitantes) e ICV^a segundo bairros do estrato IV no Município do Recife-PE. Brasil, 2004 a 2006

Bairro	n	%	CM	ICV
Passarinho	13	8,8	78,6	1,341
Guabiraba	17	11,6	216,7	2,551
Peixinhos	18	12,2	398,6	1,456
Ilha Joana Bezerra	90	61,2	658,3	2,102
Bairro do Recife	9	6,1	907,7	2,827
TOTAL	147	100,0	334,7	—

a) ICV: indicador de condição de vida

Tabela 6 - Razão de risco de homicídios entre os bairros de menor e maior risco segundo os estratos de condição de vida no Município do Recife-PE. Brasil, 2004 a 2006

Estrato/bairros	RR	IC _{95%}
I. Cordeiro/Areias	3,7	2,4 - 5,8
II. Barro/Totó	8,6	4,9 - 15,3
III. Curado/São José	5,7	3,2 - 10,1
IV. Passarinho/Bairro do Recife	11,5	4,9 - 26,7

este risco eleva-se para 8,6. Apesar de o estrato III apresentar condição de vida inferior à do estrato II, aquele mostra um risco de 5,7. A diferença maior foi observada no estrato IV, com risco relativo de 11,5.

Discussão

A estratificação adotada neste estudo, embora feita pela aglomeração de bairros semelhantes do ponto de vista das condições de vida, apresenta algumas limitações devido às particularidades do espaço urbano. Favelas em bairros de classe média-alta – por exemplo, no bairro de Boa Viagem – podem alterar certos indicadores de condições de vida do respectivo bairro. Lima e Ximenes¹⁵ descrevem para o Recife que, apesar de seus estratos de condições de vida serem relativamente homogêneos, não se pode negar a existência de heterogeneidade decorrente de características específicas da formação histórica da cidade. Segundo dados da Prefeitura da Cidade, no ano de 2005,¹⁶ cerca de 25,0% da área do Recife eram ocupados por 490 assentamentos espontâneos (favelas), distribuídos por toda área geográfica da cidade, onde residiam 40,0% da população. A heterogeneidade dentro de cada estrato, portanto, foi uma das limitações encontradas pelo estudo.

Não se pode inferir quais lugares correspondem às zonas mais ou menos violentas de um município, em razão de não haver referência ao local de ocorrência do evento e sim ao local de residência da vítima.¹⁷ A falta de informações na declaração de óbito sobre o local de ocorrência dos homicídios não permite a estes autores avaliar se houve proximidade entre a residência das vítimas e os locais de ocorrência das agressões, sendo esta, também, uma limitação da pesquisa em tela.

Como forma de minimizar essa limitação, buscouse na literatura estudos sobre aglomerados espaciais

de óbitos por causas violentas. Pesquisa realizada em Porto Alegre-RS evidenciou que em 67,3% dos casos, a distância máxima entre o local de ocorrência da agressão e a residência da vítima foi de cerca de um quilômetro, ao passo que em 50,0% destes casos estudados, a distância máxima foi de 310 metros, e em 29,1%, o local de ocorrência da agressão foi a própria residência.¹⁸ Esse relato é condizente com pesquisa realizada nos bairros do Rio de Janeiro-RJ, onde os homicídios vitimaram, preferencialmente, os moradores das áreas nas quais ocorreram. É no local de residência e em seu entorno que as principais inter-relações pessoais têm lugar; que os indivíduos circulam e estabelecem suas relações sociais.¹⁹

Segundo os resultados desta pesquisa, a mortalidade por homicídios na cidade do Recife distribuiu-se de forma desigual entre os estratos de condições de vida considerados. Aqueles com maiores coeficientes de mortalidade são formados pelos bairros com as mais precárias condições de vida. Estratos com melhores condições, entretanto, também apresentam bairros com coeficientes de mortalidade compatíveis com bairros de estratos inferiores, fato já observado por Lima e Ximenes²⁰ em 1991, no mesmo Recife onde estes autores analisaram a distribuição espacial da mortalidade por causas externas em residentes, revelando uma grande heterogeneidade nos coeficientes de mortalidade por bairro (0 - 1.478,7/100 mil habitantes). Ainda segundo esses autores, o estrato considerado de baixa condição de vida apresentou o maior coeficiente de mortalidade por causas externas como um todo, particularmente para os homicídios.

Encontrou-se entre os estratos I e IV um risco relativo 2,9 vezes maior que para os residentes do estrato com a pior qualidade de vida. Estudo realizado na cidade de Salvador, também estratificada segundo as condições de vida, igualmente constatou que estas

foram inversamente proporcionais aos coeficientes de mortalidade por homicídios.³ Considera-se que a desigualdade socioeconômica realmente interfere na predição da vitimização por homicídio.¹⁹

A pobreza absoluta pode não explicar a violência. Porém, a desigualdade ou a pobreza relativa devem ser consideradas para explicar as altas taxas nessas áreas, bem como o contexto político institucional de cada local, o papel que desempenha o crime organizado (principalmente nas regiões metropolitanas) e o nível de coesão social das comunidades.²¹ Alguns autores chamam a atenção para a associação dos homicídios com o tráfico de drogas; e a possível relação entre homicídios e o contexto de infra-estrutura deficitária nessas áreas mais carentes.^{7,17,22-25}

Costa e colaboradores encontraram resultados semelhantes para o Recife ao estudar diferenças na mortalidade por violência em adolescentes segundo estrato de condição de vida, no período entre 1998 e 2004. Esses autores verificaram que o risco de morte por homicídio foi 2,3 vezes maior no estrato com pior condição de vida, quando comparado ao estrato com melhor condição. Mesmo empregando uma estratificação diferente da utilizada pelo estudo citado, esta pesquisa encontrou risco semelhante (2,9) ao efetuar a mesma comparação feita pelos referidos autores.²⁶ Quando as taxas de homicídio são elevadas, as chances de os habitantes serem expostos à violência são igualmente altas.²⁴

É possível verificar que as maiores vítimas da violência não constituem a população de maior poder aquisitivo e sim aquela que vive nas áreas mais pobres.²¹ No caso do Recife, o pior cenário localiza-se no estrato IV, onde quatro bairros dos cinco que compõem o estrato apresentaram altos coeficientes de homicídios, inclusive com o maior percentual de bairros apresentando coeficientes maiores que a taxa acumulada para o Município no mesmo período. Nos outros três estratos, contudo, alguns bairros também mostraram altos coeficientes de mortalidade por essa causa. No geral, as pessoas que vivem nas áreas onde predominam condições precárias apresentam riscos muito maiores do que aquelas que habitam áreas com melhores condições de vida.⁴

Embora a violência urbana esteja presente como um importante agravo à saúde e, direta ou indiretamente, afete toda a população da cidade, os riscos de mortalidade por homicídios são bastante diferenciados segundo as condições de vida dos grupos sociais. Para Buss e Pellegrini Filho,²⁷ o principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica e política e as mediações pelas quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito.

Alguns autores chamam a atenção para a associação dos homicídios com o tráfico de drogas; e a possível relação entre homicídios e o contexto de infra-estrutura deficitária nestas áreas mais carentes.

Os resultados encontrados nesta pesquisa evidenciaram que a desigualdade existente na estruturação da cidade, traduz-se em expressivos diferenciais de risco na questão das mortes por homicídios. Os estratos de condição de vida que dividem o Recife apresentaram coeficientes de mortalidade distanciados, mostrando que o risco da ocorrência dos homicídios, em residentes, não se apresentou de forma homogênea, atingindo principalmente, porém não exclusivamente, áreas mais pobres do Município. Um maior investimento social e econômico nestas espaços mais vulneráveis à violência, poderia contribuir para a redução destas mortes e como consequência, melhoria da qualidade de vida destes cidadãos.

Agradecimentos

À Gerência de Epidemiologia da Secretaria de Saúde do Recife pelo apoio a esta pesquisa.

Referências

1. Organização das Nações Unidas. Prevencion de la Criminalidad. In: Vanderschueren F, Coordenador. Nairobi, Kenya: ONU; 2002.
2. Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública* 1994; 10(1):7-18.
3. Macedo A, Paim JS, Silva LMV, Costa MCC. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. *Revista de Saúde Pública* 2001; 35(6):515-522.
4. Barata RB, Ribeiro MAS, Moraes JC. Desigualdades sociais e homicídios em adolescentes e adultos jovens na cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 1999; (2):1-2.
5. Souza LAE. Crimes violentos: desafios para uma política de segurança pública. *Jornal de Psicologia* 2003; 135:8-10.
6. 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.
7. Santos SM. Homicídios em Porto Alegre, 1996: análise ecológica de sua distribuição e contexto sócio-espacial [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
8. Sant'Anna A, Aerts D, Lopes MJ. Homicídios entre adolescentes no sul do Brasil: situações de vulnerabilidade segundo seus familiares. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21(1):120-129.
9. Barata RB, Ribeiro MCSA, Moraes JC. Tendência temporal da mortalidade por homicídios na cidade de São Paulo, Brasil, 1979-1994. *Cadernos de Saúde Pública* 1999;15:711-718.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
11. Washington State Department of Health. What vital statistics can and can't do [Internet]. 2000 [acessado em 11 jun. 2010]. Disponível em <http://www.doh.wa.gov/EHSPML/CHS/sub3.htm>.
12. 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. *Anais da 5ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças*; 2005; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.89.
13. Guimarães MJB. Mortalidade Infantil: uma análise das desigualdades intra-urbanas no Recife [Tese de Doutorado]. Recife (PE): Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
14. Luiz OC, Conh A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(11):2339-2348.
15. Lima MLC, Ximenes R. Violência e morte: diferenciais da mortalidade por causas externas no espaço urbano do Recife, 1991. *Cadernos de Saúde Pública* 1998; 14(4):829-840.
16. Conferência Municipal de Assistência Social do Recife /PE. Relatório de Deliberações. In: 5ª Conferência Municipal de Assistência Social do Recife /PE [Internet]. Recife (PE): 2005 [acessado 2009 abr.12]. Disponível em www.recife.pe.gov.br/pr/seccsocial/conselhomunicipal/conferencia_relatorio2.php
17. Gawryszewski VP, Costa LS. Homicídios e desigualdades em São Paulo. *Revista de Saúde Pública* 2005; 39(2):191-197.
18. Santos SM, Barcellos Neto CC, Carvalho MS. Detecção de aglomerados espaciais de óbitos por causas violentas em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 1996. *Cadernos Saúde Pública* 2001; 17(5): 1141-1151.
19. Souza ER, Assis SG, Silva CMFP. Violência no Município do Rio de Janeiro: áreas de risco e tendências da mortalidade entre adolescentes de 10 a 19 anos. *Revista Panamericana de Salud Pública* 1997; 1:389-398.
20. 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(7):7-18.
21. Gawryszewski VP, Melo Jorge MHP. Mortalidade violenta no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2000; 3:1-3.
22. Zaluar A, Noronha JC, Albuquerque C. Violência: pobreza ou fraqueza institucional? *Cadernos de Saúde Pública* 1994; 10(1):213-217.

23. Beato Filho CC, Assunção RM, Marinho FC, Reis IA, Almeida MCM. Conglomerados de homicídios e o tráfico de drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, de 1995 a 1999. Cadernos de Saúde Pública 2001; 17(5):1163-1171.
24. Cardia N, Adorno S, Poleto F. Homicídio e violação de direitos humanos em São Paulo. Estudos Avançados 2003; 17:47.
25. Lima MLC, Ximenes RAA, Feitosa CL, Souza ER, Albuquerque MFPM, Barros MDBA, et al. Conglomerados de violência em Pernambuco, Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública 2005; 18(2):122-128.
26. Costa IER, Ludermir AB, Silva IA. Diferenciais da mortalidade por violência contra adolescentes segundo Estrato de Condição de Vida e Raça-Cor na cidade do Recife. Revista Ciência & Saúde Coletiva 2006; 14(5):1781-1788.
27. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis 2007;17(1):77-93.

| Recebido em 23/10/2009
Aprovado em 27/05/2010