

Homicídios no Brasil: O Grande Vilão da Saúde Pública na Década de 80

Homicides in Brazil: The Major Villain for Public Health in the 1980s

Edinilsa R. de Souza¹

SOUZA, E. R. *Homicides in Brazil: The Major Villain for Public Health in the 1980s*. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, (supplement 1): 45-60, 1994.

This paper focuses on the phenomenon of violence in Brazil in the 1980s. Mortality data provided by the Ministry of Health are used. The purpose is to demonstrate the growth of violence and its impact on the country's public health, using data on violent deaths, particularly homicides. It presents proportions and rates of homicides, by age and gender, for the country and capitals of metropolitan areas. The article points to an increase in murder of young people and females during the period under study. The author concludes by commenting on the results and proposing approaches and solutions to the problem.

Key words: *Homicides; Mortality; Violence; Epidemiology*

INTRODUÇÃO

A década de 80 apresentou-se, para o Brasil, como um período histórico no qual ocorreram várias transformações sócio-econômicas e políticas. Sob o aspecto político, algumas mudanças foram positivas, como a queda do regime militar ditatorial e a aquisição de uma maior liberdade de expressão, organização e direitos democráticos. Do ponto de vista social e econômico, intensificou-se a desigualdade entre as camadas sociais mais extremas, aumentou o número de despossuídos (pobres e indigentes), ao mesmo tempo que os ricos conseguiram acumular uma parcela ainda maior da riqueza produzida. Em termos de desenvolvimento econômico (Saboia, 1993), a concentração de renda no Brasil, hoje, é a segunda maior do mundo. Para mais da metade de sua população, apenas se socializou a miséria.

Em termos de saúde pública, observou-se, no Brasil, a intensificação das mortes por causas externas de lesões e envenenamentos, ou simplesmente causas violentas (grupo cons-

tituído por todos os acidentes, inclusive os de trânsito, suicídios, homicídios e outras violências, sob os códigos E800 a E999 do capítulo XVII da Classificação Internacional de Doenças (CID), 9ª revisão. No período em questão, essas causas assumiram uma importância crescente, passando do quarto para o segundo lugar na mortalidade geral do país, entre o início e o final da década. Em 1989, as mortes violentas perdiam apenas para as doenças do aparelho circulatório (Minayo & Souza, 1993).

O perfil da mortalidade por violência, no Brasil dos anos 80, esteve basicamente composto pela violência no trânsito e pelos homicídios (Souza & Minayo, 1994). Estes últimos foram os grandes vilões e principais responsáveis pelo maior impacto da violência na mortalidade da população brasileira.

Com expressões e significados bastante importantes, variados e controversos, o estudo dos homicídios apenas recentemente veio a ser contemplado pela Saúde Pública em nosso país. Em um levantamento efetuado pelo Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (Claves) (Minayo, 1990), e também no trabalho de Souza (1991), já se detecta a ausência de estudos mais sistemáticos sobre os homicídios entre os profissionais de saúde, embora outras causas menos frequentes em

¹ Centro Latino-Americano de Estudos Sobre Violência e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. Av. Brasil, 4036, Prédio de Expansão do Campus, sala 702, Rio de Janeiro, RJ, 21040-361, Brasil.

nossa realidade venham sendo investigadas. A nível mundial, os crescentes índices de homicídios fizeram com que esta problemática passasse a ser encarada como prioritária para a Saúde Pública, assumindo características de pandemia (Edelman & Satcher, 1993).

Agudelo (1989) e Yunes (1993), referem-se à violência como uma questão que deveria ser priorizada pela Saúde Pública, enquanto Minayo (1994) traça uma agenda a ser adotada frente aos agravos à saúde provocados pelas diversas formas de violência. A preocupação destes e outros estudiosos do tema está, hoje, explicitada na elaboração de um plano de ação regional (OPS, 1994), desencadeado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), que propõe conhecer e atuar nas causas da violência, buscando eliminá-las.

O precário conhecimento acerca dos homicídios dificulta as políticas e ações preventivas. Sabe-se que a maioria deles envolve o uso de armas de fogo, que incidem sobre grupos sociais cujo perfil sócio-econômico é menos privilegiado do que o encontrado em outras causas violentas (Mello Jorge, 1988). Entretanto, a real prevalência é desconhecida, existindo falhas consideráveis nas informações sobre incidência. Os dados não são fidedignos o suficiente para informar sobre o tipo de arma de fogo utilizada, as circunstâncias do evento, os agressores e outros fatores.

Nada se sabe sobre os custos diretos e indiretos desta forma específica de violência. Max & Rice (1993), embora chamem de "atirar no escuro" os cálculos dos custos com agravos por arma de fogo, os estimaram em 20,4 bilhões de dólares, nos Estados Unidos, em 1990. Deste montante, 84% foram utilizados em eventos fatais. Despesas diretas com cuidados de saúde foram orçadas em 14 bilhões. Cerca de 1,6 bilhões foram gastos na perda de produtividade causada por doença e desajuste consequentes à agressão, e 17,4 bilhões na perda de produtividade por morte prematura. De acordo com estes autores, para cada agravo fatal por arma de fogo há dois que requerem hospitalização e 5,4 não severos o suficiente para serem hospitalizados.

Miller et al. (1993) acrescentam aos custos

econômicos os não-monetários, como dor, sofrimento, medo e perda da qualidade de vida. Estes afetam tanto as vítimas diretas quanto as secundárias (membros familiares e aqueles cujas vidas são abaladas pelo crime).

Este artigo vem, portanto, dar uma contribuição à lacuna do conhecimento sobre os homicídios em nosso país. Nele efetua-se uma análise em que se configura a magnitude e as especificidades desta causa de morte. Ao mesmo tempo, tenta-se desvendar as possíveis raízes do problema e apresentar propostas de atuação frente à questão.

MATERIAL E MÉTODO

Analisa-se dados de mortalidade por causas externas em residentes, aprofundando a investigação dos homicídios.

Os dados acerca dos óbitos originam-se de listagens fornecidas pelo Ministério da Saúde e das estatísticas de mortalidade publicadas por esta Instituição. As populações utilizadas nos denominadores das taxas foram estimadas por Beltrão & Pereira (1994).

As informações são analisadas em termos de taxas e mortalidade proporcional, segundo sexos e faixas etárias. São apresentadas tabelas e gráficos para o conjunto do país e para as capitais de regiões metropolitanas.

As mortes por causas externas em geral (códigos E800-E999) são situadas em relação às demais causas de óbito, e os homicídios (códigos E960-E969) são destacados e, por vezes, desdobrados em subgrupos, como os homicídios por arma de fogo (código E965).

Efetua-se, ainda, uma análise da qualidade da informação sobre mortalidade por homicídios, usando como referência as mortes por arma de fogo que se ignora se acidental ou intencionalmente infligidas, aqui denominadas homicídios por arma de fogo ignorados (código E985). Este grupo, especificamente no Rio de Janeiro, produz sérias distorções nas estatísticas oficiais em relação aos homicídios bem-esclarecidos quanto à causa básica de morte. Por fim, são apresentadas uma discussão e propostas de encaminhamento para as questões levantadas.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Conforme pode ser visto na Tabela 1, as causas violentas, em 1989, vitimaram 102.000 brasileiros, sendo 84.504 homens e 17.385 mulheres. As 111 pessoas restantes não foram identificadas quanto ao sexo. Isso mostra que, em relação às demais causas, as causas violentas ocupam a segunda posição na mortalidade geral do país, com uma proporção de 15,2%,

perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. Em 1980, esta proporção era de 11,8%, situando-se como a quarta causa. Em relação ao sexo masculino, as mortes violentas também encontram-se em segundo lugar, com uma proporção de 21%. Já no sexo feminino, estas situam-se entre as cinco principais causas, com 7% dos óbitos, ocupando a quinta posição, juntamente com as doenças infecciosas e parasitárias.

TABELA 1. Mortalidade Proporcional (*) por Principais Causas, Segundo Sexo. Brasil, 1989.

Principais Causas	Total		Masculino		Feminino	
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
Aparelho Circulatório	228.432	34	122.997	31	105.236	39
Causas Externas	102.000	15	84.504	21	17.385	7
Neoplasias	80.568	12	43.789	11	36.743	14
Aparelho Respiratório	65.952	10	38.424	10	27.456	10
Doenças Infecciosas e Parasitárias	44.900	7	26.542	7	18.305	7
Demais Causas	142.986	22	81.725	20	60.844	23

(*) Excluem-se as causas mal-definidas.

Fonte: MS/CENEPI, (1980/1989).

O crescimento da importância das causas externas no perfil de mortalidade do país não se dá de modo homogêneo. Em termos de causas específicas, os homicídios perfizeram, em média, 22% das mortes por causas violentas, crescendo quatro pontos percentuais entre 1980 e 1988.

O comportamento das mortes por homicídios, ao longo do período estudado, pode ser melhor visualizado na Tabela 2 e no Gráfico 1.

Conforme apresentado na Tabela 2, em termos absolutos ocorreram 168.518 homicídios no Brasil entre 1980 e 1988. Destes, 153.046, ou 90,9% (excluídos 175 óbitos de sexo ignorado), foram de homens, e apenas 15.297 (9,1%) de mulheres. Isto significa uma frequência 10 vezes maior de assassinatos no sexo masculino. O total de homicídios representa 19,8% dos 850.307 óbitos por todas as causas violentas ocorridos na década.

Em termos de taxas, quando se comparam os anos inicial e final do período investigado, nota-se que, em relação à população total,

houve um crescimento de 1,44 vezes, ou 44%, nas taxas, que passaram de 11,69 para 16,86 por 100.000 habitantes. No sexo masculino, as taxas cresceram de 21,20 para 31,13, ou seja, 1,47 vezes (47%). No que se refere ao sexo feminino, o crescimento foi de 1,28 vezes (28%).

Em relação ao sexo, os homens apresentaram um índice crescente de sobremortalidade por causas violentas ao longo do período. Deste modo, a população masculina, que em 1980 morria nove vezes mais que a feminina, passou, em 1988, a morrer numa razão de 11 homens para cada mulher.

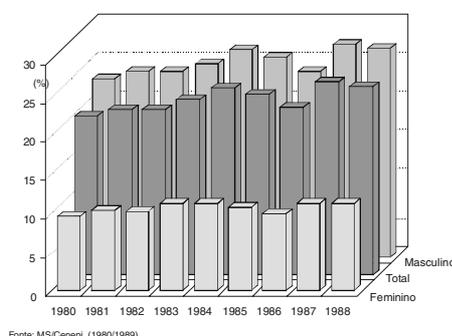
No Gráfico 1 encontram-se distribuídas as proporções de homicídios (em relação às causas externas), na população total e em ambos os sexos. Nele, podem-se observar mais claramente a importância e a intensidade desta causa entre os homens. Enquanto no sexo masculino as proporções chegam a atingir os 27,4%, em 1987, nas mulheres o valor mais alto é 11,5%, em 1988.

TABELA 2. Taxas (*) de Mortalidade por Homicídios. Brasil, 1980-88

Ano	Total		Masculino		Feminino	
	(N)	Taxa	(N)	Taxa	(N)	Taxa
1980	13.910	11,69	12.534	21,20	1.353	2,26
1981	15.231	12,57	13.703	22,80	1.487	2,44
1982	15.550	12,61	14.035	22,96	1.497	2,41
1983	17.408	13,86	15.697	25,22	1.700	2,68
1984	19.767	15,44	18.003	28,40	1.736	2,69
1985	19.747	15,11	17.965	27,78	1.766	2,68
1986	20.479	15,38	18.657	28,33	1.798	2,67
1987	23.087	17,00	21.136	31,48	1.935	2,82
1988	23.357	16,86	21.316	31,13	2.025	2,89
Total	168.518		153.046		15.297	

(*) Taxas por 100.000 habitantes.
Fonte: MS/Ceneipi, (1980/1989).

GRÁFICO 1. Mortalidade Proporcional* por Homicídios, em Relação a todas as Causas Externas, Segundo Sexo. Brasil, 1980 a 1988



Fonte: MS/Ceneipi, (1980/1989).

* Exclui sexo e idade ignorados.

Na Tabela 3 podem ser vistas as taxas de mortalidade por homicídios, segundo sexo e faixas etárias, para o Brasil em 1988.

Como se percebe na Tabela 3, as maiores taxas de mortalidade por homicídios concentram-se nas faixas de 20—29 anos e de 30—39 anos, tanto na população em geral como em ambos os sexos. Também é perceptível que no sexo masculino as taxas são bem maiores que no sexo feminino, com um

risco que chega a ser 13 vezes maior nas faixas de 20—29 anos e 50—59 anos. Em termos proporcionais, também a faixa de 20—39 anos é a mais afetada em ambos os sexos.

Quando se comparam os anos de 1980 e 1988, nota-se que o crescimento percentual da mortalidade proporcional por homicídios variou entre os sexos e as faixas etárias. De acordo com o Gráfico 2, este incremento, na população

em geral, foi maior nas faixas de 10—14 anos (79,5%) e 15—19 anos (45,3%). Esta intensificação dos homicídios em faixas etárias mais jovens que aquelas onde são tradicionalmente mais frequentes deve-se, sobretudo, às mortes masculinas, nas quais a faixa de 10—14 anos cresceu 93,3% e a de 15—19 anos aumentou em 43% (Gráfico 3). Também entre o sexo feminino a faixa de 10—14 anos teve um salto expressivo de 43,9% (Gráfico 4).

Esses dados mostram que, ao longo do período, cresceu a importância dos homicídios

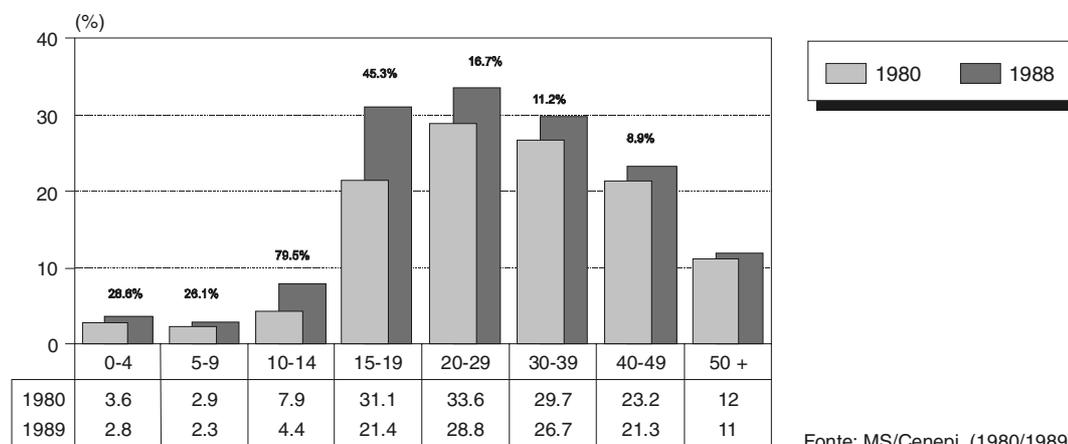
entre crianças e adolescentes, assim como entre mulheres, indicando um deslocamento, em termos de faixas etárias, e uma disseminação, em termos de sexos. Para as causas externas em geral, Souza & Minayo (1994) apontam crescimentos de 16,9% na faixa de 10—14 anos, e 19%, na de 15—19 anos. As autoras chamam a atenção para a faixa de 0—4 anos, na qual as proporções de mortes por causas externas, apesar da sua baixa frequência, passam de 2,3% para 3,8%, de 1980 a 1989, significando um salto de 65,2%.

TABELA 3. Taxas (*) de Mortalidade por Homicídios, Segundo Sexo e Faixas Etárias. Brasil, 1988

Idade (em anos)	Total		Masculino		Feminino		Índice M/F
	(N)	Taxa	(N)	Taxa	(N)	Taxa	
0—4	136	0,82	65	0,78	71	0,87	1
5—9	90	0,52	52	0,60	38	0,45	1
10—14	265	1,69	209	2,66	56	0,71	4
15—19	2.931	20,82	2.678	38,16	253	3,58	11
20—29	8.843	35,08	8.197	66,14	645	5,03	13
30—39	5.592	29,74	5.130	55,75	459	4,78	12
40—49	2.723	21,64	2.481	40,14	241	3,76	11
50—59	1.281	14,56	1.181	27,79	100	2,20	13
60 e mais	848	9,00	745	17,08	103	2,04	8

(*) Taxas por 100.000 habitantes.
Fonte: MS/Ceneipi, (1980/1989).

GRÁFICO 2. Incremento da Mortalidade Proporcional por Homicídios, Segundo Faixas Etárias. Brasil, 1980 e 1988



Fonte: MS/Ceneipi, (1980/1989).

GRÁFICO 3. Incremento da Mortalidade Proporcional por Homicídios, Segundo Faixas Etárias, no Sexo Masculino. Brasil, 1980 e 1988

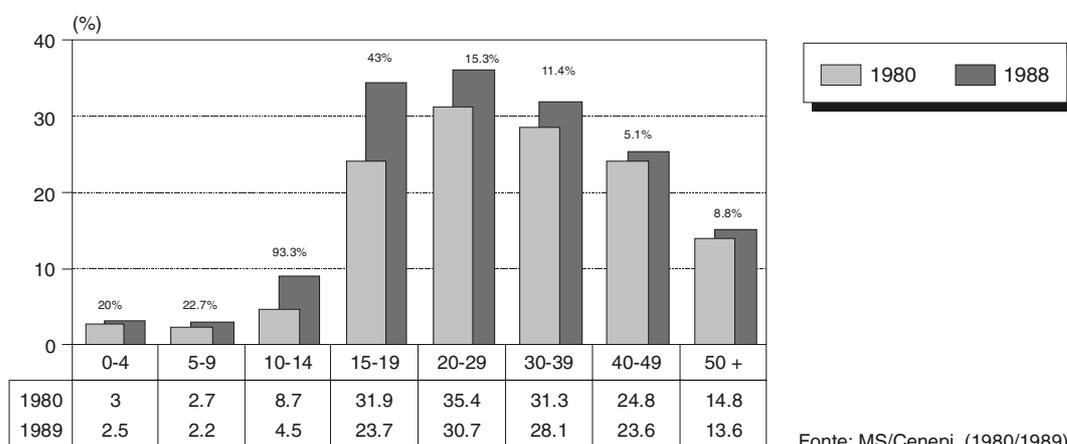
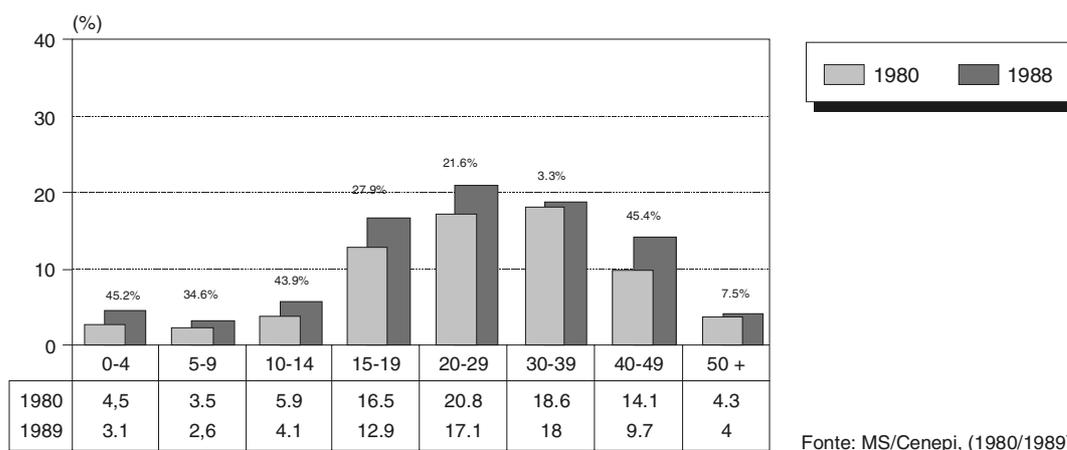


GRÁFICO 4. Incremento da Mortalidade Proporcional por Homicídios, Segundo Faixas Etárias, no Sexo Feminino. Brasil, 1980 e 1988



A incidência de mortes por violência, em especial os homicídios, em idades mais jovens reasseguram este grupo como o principal responsável por anos potenciais de vida perdidos (APVPs). Dados da OPS (1986) mostram que, no Brasil, em 1983, os homicídios provocaram 544,5 APVPs (de 1 a 64 anos) por 100.000 habitantes, o que significa 33,0 APVPs por morte. Nos Estados Unidos, esses valores foram de 258,8 e 32,4, respectivamente. Na população masculina do Brasil, esta mesma causa foi responsável por 489,9 APVPs por 100.000 habitantes, ou 32,7 APVPs por morte. Esses

valores também são maiores que os observados nos Estados Unidos: 414,1 e 32,2, respectivamente. Tais dados indicam que, aqui, os homicídios são mais frequentes e incidem em pessoas mais jovens do que naquele país.

Nas capitais de regiões metropolitanas, as proporções de homicídios, em relação às causas externas, podem ser vistas nos Gráficos 5, 6, 7 e 8. De acordo com esses dados pode-se destacar, na Região Norte, o crescimento em Belém nos últimos dois anos. Na Região Nordeste destacam-se as elevadas proporções em Fortaleza e Recife, em ascensão sobretudo nesta

última capital, chegando a alcançar 45,6% de todos os óbitos por causas externas em 1989, sendo a mais elevada do país. Nesta região também se sobressai a progressão que ocorre em Salvador nos três últimos anos. Na Região Sudeste, São Paulo destaca-se em relação às demais cidades e ressalta o “suposto” decréscimo visualizado em relação ao Rio de Janeiro.

Finalmente, na Região Sul notam-se as crescentes proporções, tanto em Curitiba quanto em Porto Alegre, nos últimos dois anos. Em todas as grandes regiões do país, exceto no Sul, as causas externas de morte situam-se em segundo lugar na mortalidade geral. Na Região Sul elas representam a terceira causa.

GRÁFICO 5. Mortalidade Proporcional por Homicídios, Segundo Capitais de Regiões Metropolitanas e Brasil, 1980 a 1989

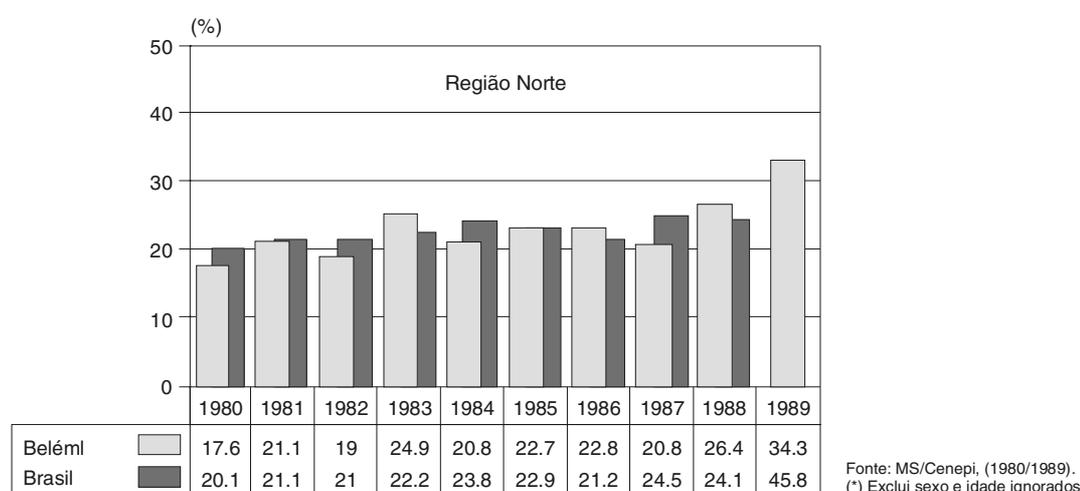


GRÁFICO 6. Mortalidade Proporcional por Homicídios, Segundo Capitais de Regiões Metropolitanas e Brasil, 1980 a 1989

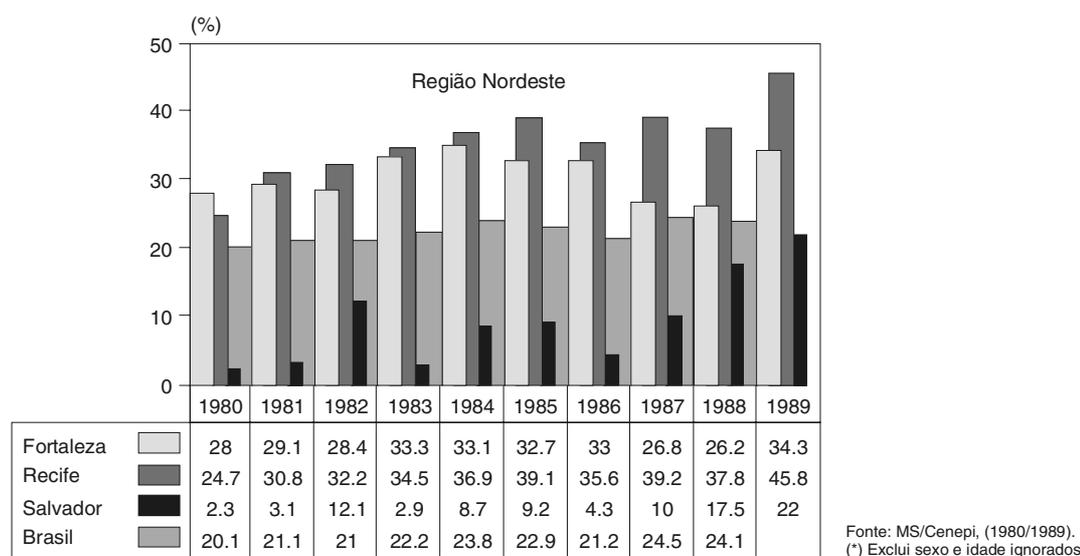
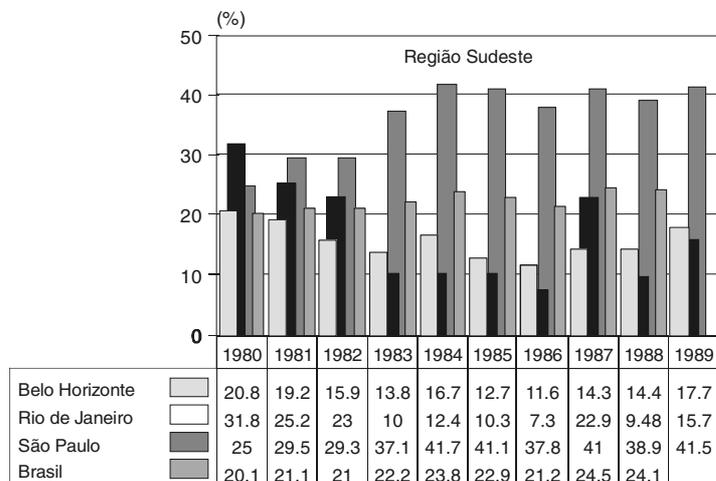
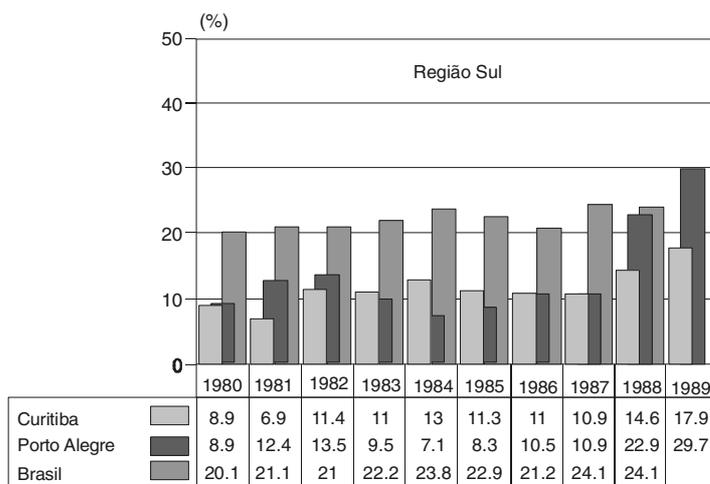


GRÁFICO 7. Mortalidade Proporcional por Homicídios, Segundo Capitais de Regiões Metropolitanas e Brasil, 1980 a 1989



Fonte: MS/Ceneipi, (1980/1989).
* Exclui sexo e idade ignorados.

GRÁFICO 8. Mortalidade Proporcional por Homicídios, Segundo Capitais de Regiões Metropolitanas e Brasil, 1980 a 1989



Fonte: MS/Ceneipi, (1980/1989).
(*Exclui sexo e idade ignorados).

As taxas de mortalidade por homicídios, segundo capitais de regiões metropolitanas, podem ser vistas nos Gráficos 9, 10, 11, 12 e 13.

De acordo com o Gráfico 9 percebe-se que, para a Região Norte, Belém permanece mais ou menos estável, com taxas que oscilam em torno da média do país, sendo a capital que teve menor crescimento no período (23,4%). No Gráfico 10, para a Região Nordeste, Recife destaca-se como a capital que vem apresentando as maiores taxas. Entre 1980 e 1989, essas taxas

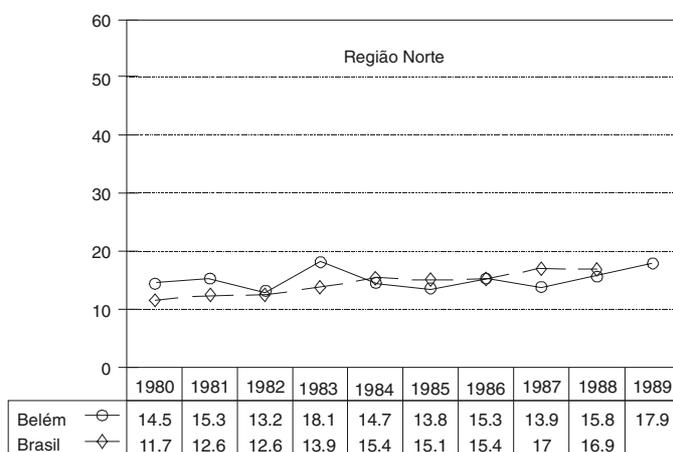
tiveram uma elevação de 193,9%. Salvador demonstra uma situação preocupante, sendo a capital do país que teve um rápido e importante crescimento, da ordem de 1.046,7%, entre o início e o final do período. Esta elevação se dá, sobretudo, a partir de 1987. Fortaleza, apesar de iniciar a série histórica investigada com a mais alta taxa da Região, é superada por Recife, a partir de 1981, e termina o período com uma taxa semelhante à do ano de 1980, apresentando em 1987 sua mais baixa taxa (14,8 por 100.000 habitantes). O

Gráfico 11 apresenta as taxas de mortes por homicídios na Região Sudeste. Segundo o mesmo, a capital de São Paulo aparentemente possui as maiores taxas, com um crescimento de 134% entre o início e o final do período. Nesta Região, as taxas decresceram em Belo Horizonte (22,9%) e no Rio de Janeiro (35,8%). Entretanto, no caso específico desta última cidade, a diminuição das mortes por homicídios é artificial.

Sabe-se que uma parcela das mortes violentas é adequadamente esclarecida quanto à causa

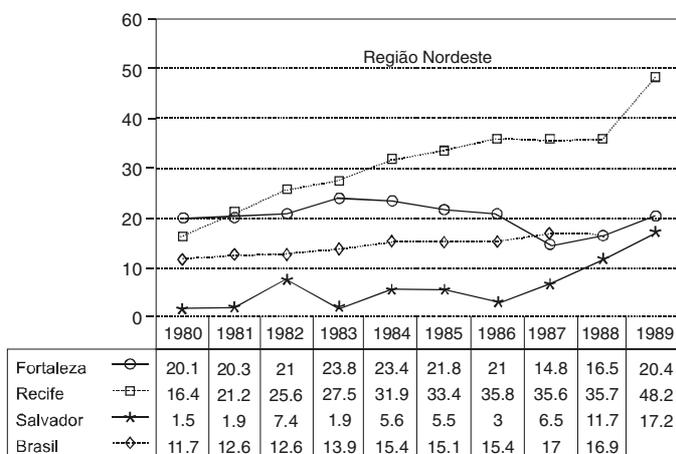
básica do óbito. Deste modo, um grupo de mortes acaba sendo classificado no que se denomina, simplificada, lesões ignoradas, ou seja, aquelas para as quais não se conseguiu identificar se acidental ou intencionalmente infligidas. Alguns autores, como Mello Jorge (1990), têm insistentemente ressaltado os problemas que esta falha na classificação acarreta, sendo o principal deles a subestimação das causas específicas de mortes violentas, como os acidentes de trânsito, os homicídios e os suicídios.

GRÁFICO 9. Taxas de Mortalidade por Homicídios, Segundo Capitais de Regiões Metropolitanas e Brasil, 1980 a 1989



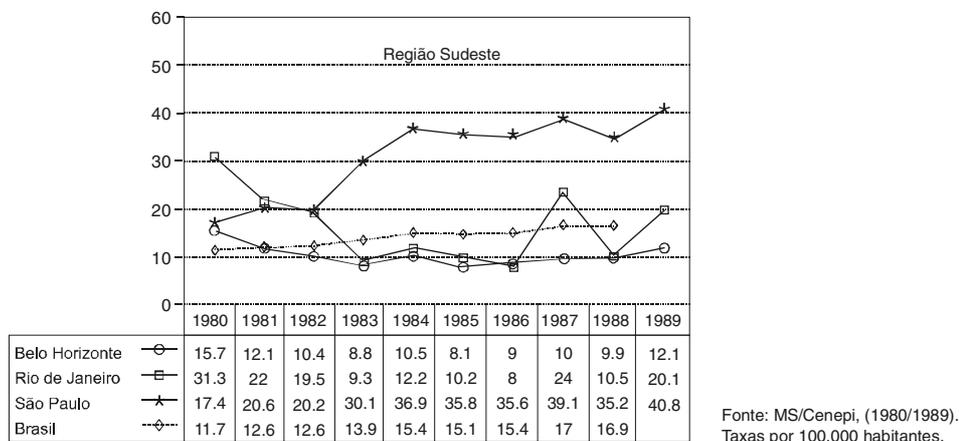
Fonte: MS/Ceneipi, (1980/1989).
Taxas por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 10. Taxas de Mortalidade por Homicídios, Segundo Capitais de Regiões Metropolitanas e Brasil, 1980 a 1989



Fonte: MS/Ceneipi, (1980/1989).
Taxas por 100.000 habitantes.

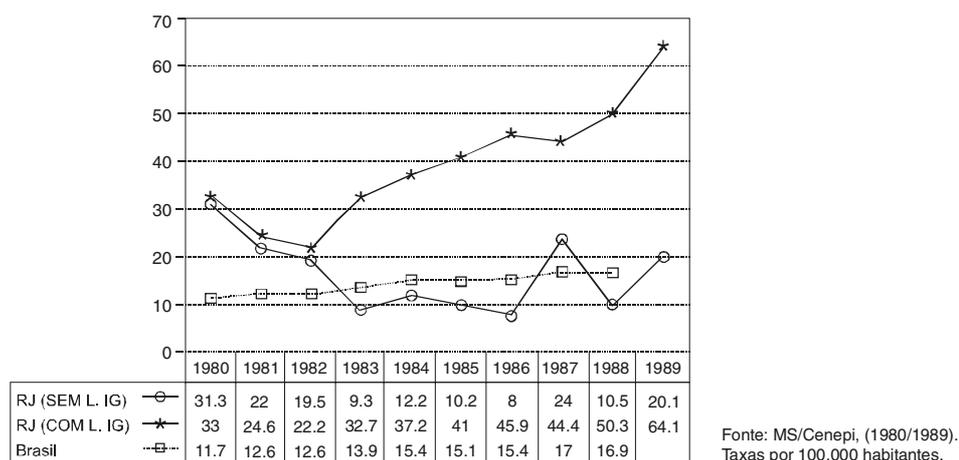
GRÁFICO 11. Taxas de Mortalidade por Homicídios, Segundo Capitais de Regiões Metropolitanas e Brasil, 1980 a 1989



Esta limitação na qualidade da informação pode ser vista no Gráfico 12, onde as taxas do Rio de Janeiro (com e sem a inclusão dos óbitos por armas de fogo que se ignora se acidental ou intencionalmente infligidos — E985) assumem tendências opostas. Considerando-se a curva dos homicídios em que se incluem as lesões ignoradas por armas de fogo,

observa-se que, na realidade, as taxas deste município são as mais altas em relação a todas as demais capitais do país, com um crescimento de 94,2% entre os anos de 1980 e 1989. Observa-se, ainda, que a assimetria entre as duas curvas começa no ano de 1983, o que leva a crer que algum fator súbito interferiu no esclarecimento dessas causas de morte (Gráfico 12).

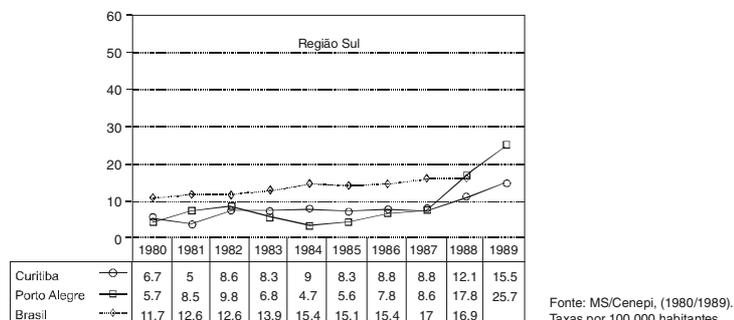
GRÁFICO 12. Taxas de Mortalidade por Homicídios. Rio de Janeiro (Sem e Com Lesões por Armas de Fogo Ignoradas) e Brasil, 1980 a 1989



Quanto às taxas da Região Sul, mostradas no Gráfico 13, destaca-se que, tanto em Curitiba como em Porto Alegre, elas são crescentes, embora permaneçam, na maior parte do período, abaixo da média do país. Entretanto, é

preciso salientar que, nos dois últimos anos analisados, as taxas ultrapassaram a dezena e o crescimento em Porto Alegre foi o segundo maior entre as capitais, alcançando um percentual de 350,9% de aumento entre 1980 e 1989.

GRÁFICO 13. Taxas de Mortalidade por Homicídios, Segundo Capitais de Regiões Metropolitanas e Brasil, 1980 a 1989



Os homicídios que ocorreram no país ao longo da última década tiveram uma peculiaridade: a maioria foi impetrada com arma de fogo, como pode ser visto no Gráfico 14.

De acordo com o Gráfico 15 percebe-se que, na grande maioria das capitais, em mais da metade dos homicídios foram utilizadas armas de fogo. Em 1980, as cidades que apresentavam maiores proporções deste tipo de homicídio eram o Rio de Janeiro (83,4%), Recife (70,2%) e Belo Horizonte (63,4%). Já em 1989, os percentuais mais significativos encontram-se em Recife (79,2%), Rio de Janeiro (73,8%) e Porto Alegre (63,7%). Observa-se, ainda, que, em capitais como Belém, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e Curitiba, as proporções por este tipo de homicídio decresceram. Este indício, entretanto, merece ser questionado em termos de qualidade da informação, especialmente em relação ao Rio de Janeiro.

Devido a esses problemas, apresenta-se, aqui, uma análise dos óbitos por homicídio, onde se percebe claramente a distorção que as lesões ignoradas produzem nas estatísticas oficiais.

Ao considerar os homicídios oficialmente declarados (código E960-E969), obtém-se uma determinada curva de distribuição. Se a esses homicídios soma-se o grupo das mortes por arma de fogo que se ignora se acidentais ou intencionais (código E985), a curva passa a ter uma tendência por vezes, oposta.

No Gráfico 15, segundo a distribuição dos óbitos por homicídios em Salvador, nota-se que as duas curvas (dos homicídios sem e com a inclusão das lesões por armas de fogo ignoradas) se sobrepõem quase perfeitamente ao longo do período considerando. Em Recife (Gráfico 16) observa-se uma distorção que não chega a modificar a tendência das curvas de frequência dos homicídios, embora já se perceba a existência de subestimação desta causa.

GRÁFICO 14. Proporção de Homicídios por Armas de Fogo em Capitais de Regiões Metropolitanas, 1980 a 1989

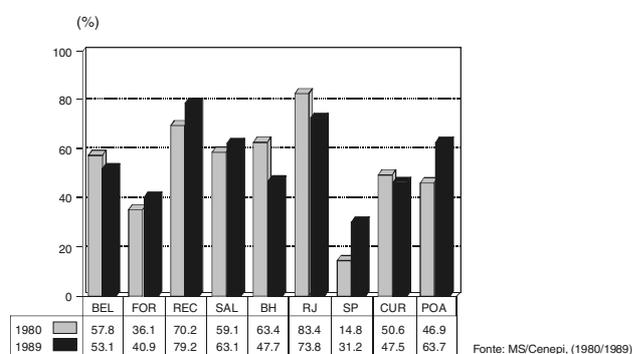


GRÁFICO 15. Homicídios Com e Sem Lesões por Armas de Fogo Ignoradas. Salvador, 1980-1989

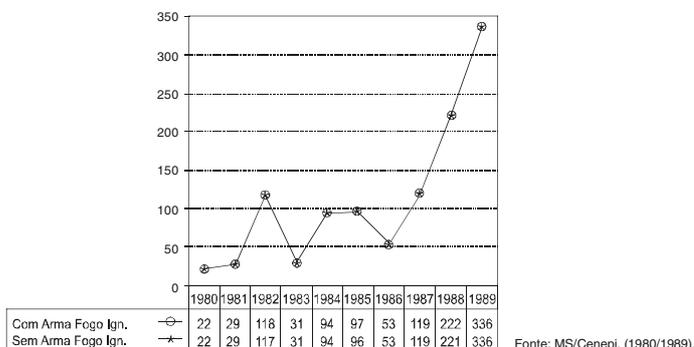
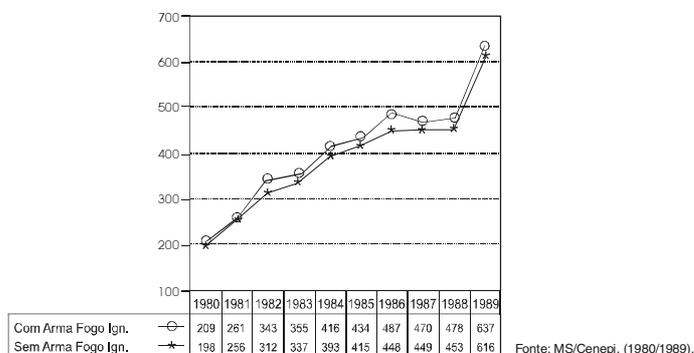


GRÁFICO 16. Homicídios Com e Sem Lesões por Arma de Fogo Ignoradas. Recife, 1980 a 1989



Entretanto, no Rio de Janeiro, a assimetria das curvas de homicídios, incluindo-se ou não as lesões por arma de fogo ignoradas, indica claramente a grande subestimação dos homicídios nesta capital. Este fenômeno ocorre em ambos os sexos e, conseqüentemente, na população total, como pode ser visto nos Gráficos 17, 18 e 19. Por este motivo, é preciso ressaltar que a queda das proporções de homicídios por arma de fogo no Rio de Janeiro, observada no

Gráfico 7 e nas taxas apresentadas no Gráfico 11, não corresponde à realidade. Trata-se apenas de uma falha na qualidade da informação. Esta afirmação pode ser feita a partir de estudos efetuados anteriormente, nos quais comprovou-se que a grande maioria das lesões por arma de fogo ignoradas são, na verdade, homicídios (Lait, 1992; Souza, 1992; Gonçalves & Oliveira, 1992).

GRÁFICO 17. Homicídios Com e Sem Lesões por Armas de Fogo Ignoradas. Rio de Janeiro, 1980 a 1989

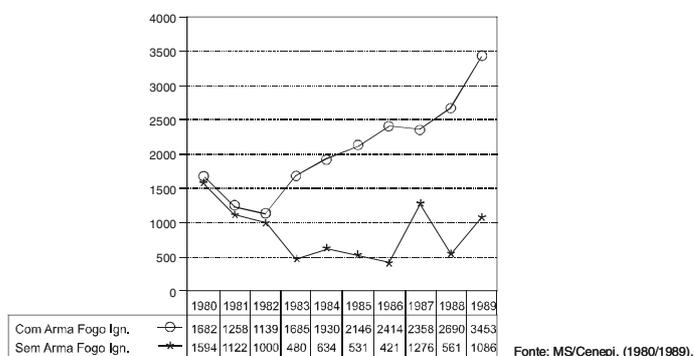


GRÁFICO 18. Homicídios Com e Sem Lesões por Armas de Fogo Ignoradas. Sexo Masculino. Rio de Janeiro, 1980 a 1989

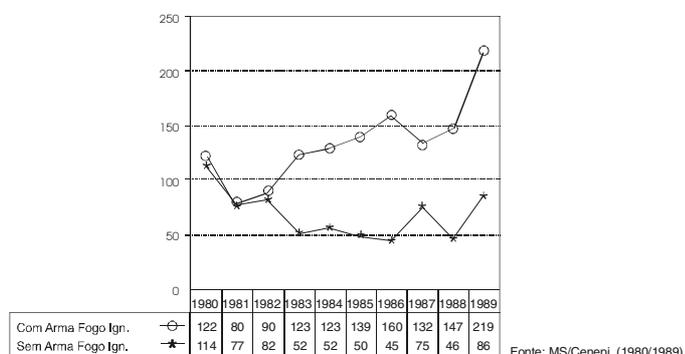
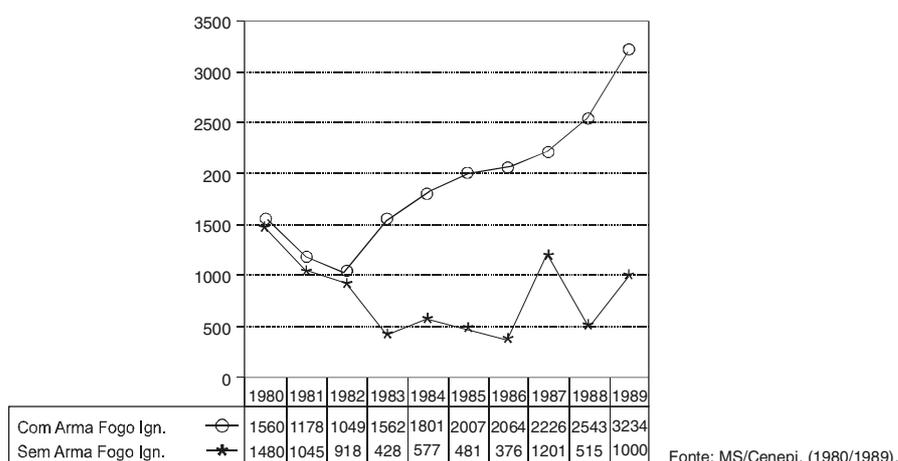


GRÁFICO 19. Homicídios Com e Sem Lesões por Armas de Fogo Ignoradas. Sexo Feminino. Rio de Janeiro, 1980 a 1989.



O uso de armas de fogo não se restringe apenas aos homicídios. Elas também são utilizadas nos suicídios, assim como produz em vítimas acidentalmente. Deste modo, na Tabela 4, foram computadas as mortes violentas que envolveram armas de fogo, em capitais brasileiras, nos anos de 1980 e 1989.

Segundo a Tabela 4, os óbitos que envolveram armas de fogo somaram 2.515 em 1980, representando 14,5% dos 17.305 óbitos por todas as causas externas nas nove capitais. Em 1989, a contribuição dessas mortes foi de 26%, ou seja, 6.265 das 24.095 mortes violentas. No Rio de Janeiro, quase metade (46,8%) das pessoas que morreram violentamente, em 1989, foram alvejadas por tiros de armas de fogo. Em

termos de crescimento das proporções de mortes envolvendo este instrumento, Recife é a capital que aparece em primeiro lugar, passando de 19,7%, em 1980, para 38,2%, em 1989. Isto significa, proporcionalmente, um aumento de 18,5 pontos percentuais. Em seguida surgem o Rio de Janeiro (18,3), Salvador (16,3) e Porto Alegre (15,3).

O fenômeno da maior frequência de mortes envolvendo o uso de armas de fogo tem sido amplamente debatido nos Estados Unidos. Mercy et al. (1993) discutem esta questão, mostrando que: (1) cerca de 65% dos mais de 24.000 homicídios ocorridos em 1990, nos Estados Unidos, envolveram armas de fogo; (2) este instrumento tem um papel fundamental no

crescimento das taxas de mortes violentas; (3) a presença de um revólver aumenta dramaticamente a probabilidade de que um ou mais participantes de um conflito sejam mortos; (4) há evidências científicas de que a posse de uma arma de fogo fornece um risco significativo ao proprietário e sua família (este risco incrementa

em cinco vezes os suicídios e em três vezes os homicídios). Os autores advertem, ainda, que, para cada vez que um revólver é usado para matar alguém em legítima defesa, o mesmo é utilizado 43 vezes em suicídios, acidentes e assassinatos que não visam preservar a própria vida.

TABELA 4. Distribuição de Óbitos (*) Envolvendo Armas de Fogo em Capitais de Regiões Metropolitanas do Brasil, 1980 a 1989

Capitais	1980		1989	
	Nº	(%)	Nº	(%)
Belém	101	13,6	132	20,0
Fortaleza	105	11,2	155	15,6
Recife	157	19,7	154	38,2
Salvador	69	7,2	358	23,5
Belo Horizonte	226	16,9	154	11,3
Rio de Janeiro	1.434	28,5	3.188	46,8
São Paulo	256	4,3	1.342	14,5
Curitiba	88	10,0	140	12,6
Porto Alegre	79	11,1	282	26,4
Total	2.515	—	6.265	—

(*) Incluem-se acidentes (E922), suicídios (E955), homicídios (E965), intervenções legais (E970) e lesões ignoradas (E985), todas por armas de fogo.

Fonte: MS/Cenepi, (1980/1989).

COMENTÁRIOS E PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO

Refletir sobre a problemática dos homicídios no Brasil não é uma tarefa fácil, porque o fenômeno é por demais complexo. Também não se pode compreender os dados aqui mostrados sem contextualizá-los.

É verdade que, historicamente, o ser humano sempre utilizou o procedimento de matar, pelos mais variados objetivos e em defesa das mais nobres ou espúrias causas. Entretanto, o que se observa nas sociedades contemporâneas não pode ser interpretado como ampliação e intensi-

ficção de um mesmo fenômeno que se repete ao longo da vida humana em sociedade. Se o evento em si é o mesmo, na atualidade ele assume expressões e significados diferentes, em relação a épocas passadas, e específicos, para espaços socioculturais distintos.

As respostas para o que há de específico tem que vir de estudos empíricos que, embora tenham uma dimensão compreensiva ampla, sejam capazes também de localizar e datar os fatores, sem restringi-los. Nos trabalhos de Minayo & Souza (1993) e Souza & Minayo (1994) já se explicitam alguns dos fatores que ajudam a compreender esta problemática.

Para essas pesquisadoras, em termos de conjuntura social da década de 80, três fatos podem ser relacionados ao aumento das taxas de homicídios nas grandes regiões metropolitanas: a) a consolidação da organização do crime, com uma economia e um poder paralelos, em conluio com o poder público e a economia formal, constituindo uma rede articulada e difícil de ser combatida (Pinheiro, 1983; Zaluar, 1986; Batista, 1990); 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 na década (Saboia, 1993), e pela falência das instituições “totais” de assistência e recuperação de “menores”.

Esses três fatores se inter-relacionam sinergicamente com a violência estrutural das extremas desigualdades e com as mudanças de valores e visão das novas gerações em relação às elites, à pobreza, à riqueza, aos bens de consumo e à própria felicidade.

Aqui se entende que a forma fundamental da violência é a “estrutural”, sendo a partir dela que se pode analisar a criminalidade.

Além do acirramento das contradições sociais, é necessário considerar que, no período, houve mudanças radicais no perfil de criminalidade do país: 1) tornaram-se mais visíveis os crimes de colarinho branco; 2) o crime evoluiu, organizando-se em torno do narcotráfico e do narcoterrorismo.

Em meio a esta conjuntura alteraram-se as relações na vida cotidiana, com o medo e a desconfiança generalizados, gerando saídas e precauções individualistas, e com o enclausuramento e a posse de armas, empregados como meios de proteção à propriedade privada e à vida.

Para a Saúde Pública, a abordagem da violência, que vem alterando o perfil de mortalidade no Brasil, deve localizar sua atenção na prevenção primária, mais do que simplesmente cuidar das consequências dos atos violentos; observar padrões, fatores de risco e causas; desenhar e avaliar intervenções; implantar programas locais efetivos (Edelman & Satcher, 1993). Precisa, ainda, superar obstáculos, como

a falta de financiamento e de vontade política para encarar o problema, que interferem diretamente no desenvolvimento do conhecimento (Kellermann, 1993). Este autor também enfatiza a necessidade de desenvolvimento de pesquisas e programas; o envolvimento de instituições governamentais juntamente com a iniciativa privada; o treinamento e qualificação de pesquisadores; o esforço na promoção de encontros, conferências e comitês interdisciplinares; as limitações nos sistemas de informação, acarretando sub-registro da prevalência e da incidência; e os problemas metodológicos que a complexidade do tema enseja. Finalmente, sugere como estratégias: 1) o relato sistemático dos eventos envolvendo armas de fogo; 2) estimativas da incidência anual e impacto do uso deste instrumento em eventos não-fatais, a partir da inclusão dessas questões nos registros institucionais; e 3) o monitoramento dessas ocorrências em emergências hospitalares.

Tendo em vista os dados aqui mostrados, acredita-se que quaisquer propostas de atuação devem priorizar capitais como Recife e Salvador, cuja intensificação acelerada da violência é alarmante. No Rio de Janeiro, outra capital cujos índices são os mais elevados do país, medidas urgentes também têm de ser tomadas. A avaliação e intervenções preventivas devem ser adotadas, no sentido de prevenir que a violência afete faixas etárias cada vez mais jovens, conforme pode-se perceber neste trabalho.

RESUMO

SOUZA, E. R. **Homicídios no Brasil: O Grande Vilão da Saúde Pública na Década de 80.** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, (suplemento 1): 45-60, 1994.

Este trabalho aborda o fenômeno da violência no Brasil na década de 80. Para isso, utilizam-se os dados de mortalidade em residentes, fornecidos pelo Ministério da Saúde. Busca-se demonstrar o crescimento do impacto da violência na Saúde Pública do país a partir das mortes violentas, especialmente os homicídios. São apresentadas proporções e taxas de mortalidade por

homicídios, segundo faixas etárias e sexo, para o Brasil e capitais de regiões metropolitanas. Ressalta-se a elevação, no período, dos óbitos por homicídios entre as idades mais jovens, bem como no sexo feminino. Conclui-se tecendo comentários e sugerindo propostas de abordagens e soluções para a problemática investigada.

Palavras-Chave: Homicídios; Mortalidade; Violência; Epidemiologia

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUDELO, S. F., 1989. Violência y/o Salud: Elementos Preliminares Para Pensarlas e Actuar. Washington, DC: PAHO/OMS. (Mimeo.)
- BATISTA, N., 1990. *Punidos e Mal Pagos: Violência, Justiça, Segurança Pública e Direitos Humanos no Brasil de Hoje*. Rio de Janeiro: Revan.
- BELTRÃO, K. I. & PEREIRA, M. C., 1994. Estimativas por Interpolação da População Brasileira, Grandes Regiões e Cartas de Regiões Metropolitanas, 1980-1991. Rio de Janeiro: IPEA. (Mimeo.)
- EDELMAN, P. & SATCHER, D., 1993. Violence prevention as a public health priority. *Health Affairs*, 12: 123-125.
- GONÇALVES, J. O. & OLIVEIRA, R., 1992. Investigação de Óbitos Por Causa Externa, Sergipe, 1990-91. Trabalho apresentado no II Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Belo Horizonte: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. (Mimeo.)
- KELLERMANN, A. L., 1993. Obstacles to firearm and violence research. *Health Affairs*, 12: 142-153.
- LAIT, L. C. F., 1992. Estimativa da Mortalidade Por Homicídios no Estado do Rio de Janeiro de 1979 a 1987 e 1989. Trabalho apresentado no II Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Belo Horizonte: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. (Mimeo.)
- MAX, W. & RICE, D. P., 1993. Shooting in the dark: estimating the cost of firearm injuries. *Health Affairs*, 12: 171-185.
- MELLO JORGE, M. H. P., 1988. *Investigação Sobre a Mortalidade por Acidentes e Violências na Infância*. Tese de Livre-Docência, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- _____, 1990. Situação atual das estatísticas oficiais relativas à mortalidade por causas externas. *Revista de Saúde Pública*, 24: 217-223.
- MERCY, J. A.; ROSENBERG, M. L.; POWELL, K. E.; BROOME, C. V. & ROPER, W. L., 1993. Public health policy for preventing violence. *Health Affairs*, 12: 07-29.
- MILLER, T. R.; COHEN, M. A. & ROSSMAN, S. B., 1993. Victim costs of violent crime and resulting injuries. *Health Affairs*, 12: 186-197.
- MINAYO, M. C. S. (Coord.), 1990. *Bibliografia Comentada da Produção Científica Brasileira Sobre Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz. (Coleção Panorama Ensp, 2)
- _____, 1994. Violência: Uma Agenda Para a Saúde Pública. Trabalho apresentado no VIII Congresso Latinoamericano de Medicina Social, Guadalajara: Claves/Ensp/Fiocruz. (Mimeo.)
- MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R. S., 1993. Violência para todos. *Cadernos de Saúde Pública*, 9: 65-78.
- MS (Ministério da Saúde) & CENEPI (Centro Nacional de Epidemiologia), 1980/1989. Subsistema de Informação sobre Mortalidade, Brasil. Brasília, DF: MS/Cenepi. (Dados extraídos de fita magnética para computador)
- OPAS (Organización Panamericana de la Salud/División de Promoción Y Protección de la Salud), 1994. *Salud y Violencia: Plan de Acción Regional*. Washington, DC: Opas.
- _____, 1986. *Las Condiciones de Salud En Las Américas*. Washington, D.C.: Opas. (Publicación Científica, 500)
- PINHEIRO, P. S. (Org.), 1983. *Crime, Violência e Poder*. São Paulo: Brasiliense.
- SABOIA, J., 1993. Distribuição de renda e pobreza metropolitanas no Brasil. In: *Os Limites da Exclusão Social: Meninos e Meninas de Rua no Brasil* (M. C. S. Minayo, org.), pp. 31-64, São Paulo: Hucitec.
- SOUZA, E. R., 1991. *Violência Velada e Revelada: Estudo Epidemiológico da Mortalidade por Causas Externas em Duque de Caxias, Rio de Janeiro*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.
- _____, 1992. O Reflexo da Violência na Mortalidade da Baixada Fluminense — Brasil. Relatório Final de Pesquisa. Rio de Janeiro: Claves/Ensp/Fiocruz. (Mimeo.)
- SOUZA, E. R. & MINAYO, M. C. S., 1994. O Impacto da Violência Social na Saúde Pública do Brasil: Década de 80. Rio de Janeiro: Claves/Ensp/Fiocruz. (no prelo)
- YUNES, J., 1993. Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 114: 302-316.
- ZALUAR, A., 1986. Crime e trabalho no cotidiano popular. *Ciência Hoje*, 5 (supl.): 21-24.