

Mortalidade violenta no Município de São Paulo nos últimos 40 anos

Violent mortality in S. Paulo city: the last 40 years

Vilma Pinheiro Gawryszewski

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Maria Helena Prado de Mello Jorge

Departamento de Epidemiologia

Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo

Av. Dr. Arnaldo, 715

01246-904 São Paulo, SP - Brasil

Resumo

Foram estudados os 9.137 casos de mortes violentas ocorridos no Município de São Paulo, no ano de 1999, em residentes desse município. Para isso foi utilizado o universo dos óbitos ocorridos no Município através do banco de dados do Programa de Aprimoramento de Informações (PRO-AIM). O objetivo foi caracterizar, do ponto de vista epidemiológico, essa mortalidade segundo as causas básicas de morte e as características das pessoas no ano de 1999 e atualizar os dados de série histórica de mortalidade por causas externas, relativa ao período dos últimos quarenta anos. Os resultados revelam a importância da mortalidade por causas violentas no Município, responsáveis por 14,2% do total de mortes. Os coeficientes de mortalidade (por 100.000 habitantes) encontrados foram de 92,1 para ambos os sexos, 166,4 para o masculino e 22,8 para o feminino. A razão entre os coeficientes masculino/feminino foi de 7,3, variando conforme a idade e o tipo de violência. A faixa etária que proporcionalmente concentrou o maior número de mortes foi a de 15 a 39 anos, mas em relação aos coeficientes, além do adulto jovem, as idades de 70 anos e mais também apresentaram taxas em níveis altos. Em relação aos tipos de violência, os homicídios concentraram 64,6% do total destas mortes. Os acidentes de trânsito foram responsáveis por 14,7%; os "demais acidentes", 11,8%; os suicídios, 4,8% e as mortes classificadas como decorrentes de causas externas de tipo ignorado, 4,0%. O coeficiente de mortalidade por acidentes de trânsito foi 13,6/100.000 habitantes, sendo que 52,6% das mortes foram devidas a atropelamentos. Em relação à idade, os altos coeficientes exibidos pelo adulto jovem decorreram principalmente de colisões, enquanto que os da faixa etária a partir de 65 anos foram resultantes de atropelamentos. O coeficiente de mortalidade (por 100.000 habitantes) para os homicídios foi de 59,4 para ambos os sexos, 114,3 para o masculino e 8,3 para o feminino. Suas principais vítimas foram indivíduos do sexo masculino, com idade entre 15 e 24 anos. A comparação no tempo mostrou que os coeficientes de mortalidade aumentaram 90%, entre 1960 e 1999, sendo que os acidentes de trânsito foram os principais responsáveis pelo aumento até 1975 e os homicídios, na década de 80. Estes cresceram 906,8% no período, especialmente para as faixas mais jovens (10 a 24 anos).

Palavras-chave: Mortalidade. Violência. Homicídio. Acidentes de transporte. Epidemiologia.

Abstract

The present study examined a total of 9,137 violent deaths that occurred among the resident population of the Municipality of São Paulo in 1999. The authors analyzed all violent deaths that occurred within the Municipality and that were registered in the Program for Improvement of Death Information (PRO-AIM) data set. The objective of the present study was to analyze these mortality data from the epidemiological point of view, according to the underlying causes of death and individual characteristics, and to compare them with information from approximately 40 years ago. The results showed the relevance of violent deaths in São Paulo, which accounted for 14.2% of 1999's total death toll. Violent mortality death rates (per 100,000) were 92.1 for both sexes; 166.4 for males and 22.8 for females. The male/female ratio was 7.3, varying according to age groups and specific causes of death. The 15-39 age group showed the highest number of violent deaths; but, in addition to young adults, the elderly (70 years of age and older) also presented high rates. Homicides accounted for 64.6% of total violent deaths. Motor vehicle accidents were responsible for 14.7%, while "other accidents," accounted for 11.8% of deaths, suicides for 4.8%, and "unspecified" external causes for 4.0%. The motor vehicle accident death rate was 13.6 (per 100,000). Pedestrian injuries accounted for 52.6% of these deaths. Motor vehicle collisions were responsible for the higher rates among young adults, while pedestrian injuries were more significant in the group aged 65 years and older. The homicide death rate was 59.4 (per 100,000) for both sexes, 114.3 for males and 8.3 for females. The main victims were males aged 15-24 years. Violent mortality rates showed a 90.0% increase from 1960 to 1999. Motor vehicle accidents were responsible for the increase up to 1975, while homicides became more significant during the '80s. Homicides presented a 906.8% rise in that period, especially among young people (aged 10 to 24 years).

Keywords: Mortality. Violence. Homicide. Traffic accidents. Epidemiology.

Introdução

"Por que a violência? A interrogação é quase supérflua. Todos sabemos que a violência tornou-se o fermento da inquietação cotidiana. (Costa¹ 1986)"

A importância das causas externas - acidentes e violências - vem sendo mostrada através de trabalhos anteriores (Mello Jorge^{2,3} 1979, 1982; Mello Jorge e col.⁴ 1997), evidenciando ser este um dos maiores problemas atuais da Saúde Pública. O estudo dos dados a respeito dos óbitos ocorridos em residentes do Município de São Paulo para o ano de 1999, fornecidos pelo Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo (PRO-AIM), permite verificar o peso das causas externas na mortalidade geral do município: 14,2%, ocupando o segundo lugar dentre o total das causas de morte. Este dado mostra que em cada oito mortes ocorridas no Município uma se dá por causa externa. Na ampla faixa etária que vai de 5 a 49 anos, o conjunto das causas violentas já se constitui na primeira causa de morte, subvertendo um padrão ocorrido nos países do primeiro mundo dos óbitos ocorrerem em idades mais avançadas. Esta é a causa principal de anos potenciais de vida perdidos no município de São Paulo (Mello Jorge⁵ 1990).

Zaluar e col.⁶ (1994) referem que, para as duas maiores cidades brasileiras, São Paulo e Rio de Janeiro, a violência é sobretudo metropolitana e contribuiu para esta situação o fato destas duas cidades terem sofrido, nas últimas décadas, os efeitos de uma urbanização desordenada, efeito de uma política urbana quase inexistente, destinando, aos migrantes recém-chegados e descendentes, moradias irregulares e sem infra-estrutura.

E o perfil de mortalidade do Município de São Paulo, que vem mudando nas últimas décadas, auxilia a constatar essa afirmação pois, ao mesmo tempo em que se observa um decréscimo da participação das

doenças infecciosas, aproximando seu perfil de mortalidade aos países mais desenvolvidos, também demonstra o crescimento assustador da participação das causas externas. O problema é mais preocupante pelo fato de ser, exatamente, esta população de adolescentes e jovens a maior vítima da violência, pondo em risco os ganhos obtidos na esperança de vida brasileira nos últimos tempos.

Este trabalho tem como objetivos a atualização da série histórica de mortalidade por causas externas do Município de São Paulo, iniciada em 1960, e o estudo dos óbitos ocorridos nesta categoria, na população residente do Município, no ano de 1999, em seus aspectos epidemiológicos.

Aspectos Metodológicos

Os dados utilizados neste trabalho referem-se aos óbitos por causas externas que ocorreram no Município de São Paulo, de residentes neste Município, no ano de 1999 (fornecidos pelo PRO-AIM, 2000).

Para a comparação com anos anteriores, foram utilizados os dados que compõem a série histórica já construída por Mello Jorge^{2,3} (1979, 1982). Para o ano de 1985, foram utilizadas as informações do Ministério da Saúde⁷ (1988), para o ano de 1991 os dados foram retirados de Gawryszewski⁸ (1995) e para 1995, dados do PRO-AIM. A periodicidade de atualização das informações da série histórica foi estabelecida a cada cinco anos, havendo coincidência proposital com os anos da realização dos censos demográficos, razão pela qual se escolheu o ano de 1991, e não o de 1990, para compor a série.

Para o cálculo dos coeficientes de mortalidade, os dados referentes à população dos anos de 1985, 1991, 1995 e 1999, fornecidos pela Fundação SEADE, foram estimados com base nos resultados dos censos demográficos. (Fundação SEADE^{9,10} 1993, 2000).

Até 1995 as causas de morte foram classificadas pela Classificação Suplementar de Causas Externas da 9ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID-9 -

(OMS¹¹ 1980), dando ênfase aos grupos de acidentes de trânsito (E 810.0 a E 819.9), demais acidentes (incluindo todas as demais mortes acidentais: E 800.0 a E 809.9 e E 820.0 a E 949.9), suicídios (E 950.0 a E 959.9), homicídios e intervenções legais (E 960.0 a E 970.0) e o grupo dos ignorados (em que não se conseguiu determinar se a morte sobreveio em consequência de um acidente ou se foi intencional: E 980.0 a E 989.9). É importante salientar que, embora a CID - 9 precimize de modo diferente, a categoria "Intervenções Legais" (E970 a E978) será estudada junto com os homicídios, por razões já expostas em trabalhos anteriores (Mello Jorge^{2,3,12} 1979, 1982 e 1988).

Para o ano de 1999 utilizou-se a CID 10, (OMS¹³ 1996), em seu capítulo XX, mantendo os grupos de acidentes de trânsito (agora englobadas sob a denominação de acidentes de transporte terrestre, V01 a V89), homicídios (sob o título genérico de agressões, indo de X85 a Y09) e intervenções legais (Y35 e Y36). Suicídios (Lesões Autoprovocadas Intencionalmente, X60 a X84), ignorados (eventos cuja intenção é indeterminada, Y10 a Y34) e as demais mortes foram englobadas no grupo dos Demais Acidentes.

Resultados e Discussão

As mortes violentas no tempo

Ao longo do tempo, a importância das **mortes por causas externas**, dentre o total de óbitos, tem se mostrado em ascensão: em 1960, representavam 6,5% do total de mortes na população residente no Município de São Paulo, enquanto que no ano de 1999, correspondiam a 14,2%.

Do mesmo modo, os coeficientes também vêm mostrando valores crescentes no tempo. O coeficiente de mortalidade encontrado, no ano de 1999, foi de 92,1/100.000 habitantes. A comparação com anos anteriores (Mello Jorge^{2,3} 1979, 1982; Ministério da Saúde⁷ 1988 e Gawryszewski⁸ 1995), através da série histórica construída para um período de quarenta anos apresentada na Figura 1, mostra a elevação desses

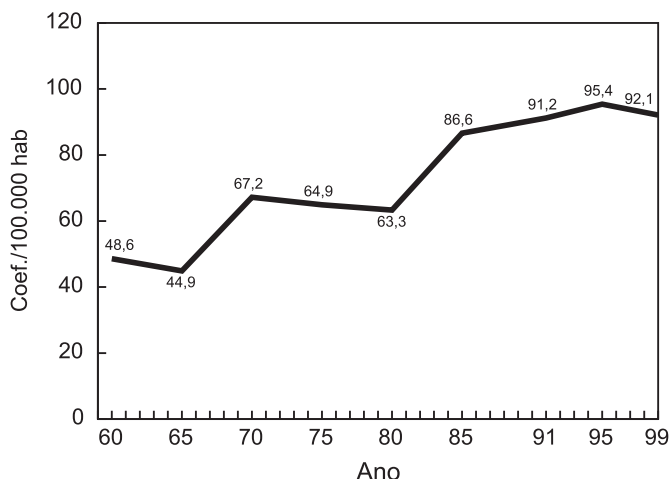


Figura 1 - Distribuição temporal dos coeficientes de mortalidade por causas externas. Município de São Paulo, 1960/1999.

Figure 1 - Annual violent death rates (per 100,000). Sao Paulo city, 1960/1999.

coeficientes ao longo dos anos estudados. A comparação dos dados do início da série, 1960, com o ano de 1999 **revela que o crescimento do coeficiente de mortalidade foi da ordem de 90%**.

Esta curva facilita também observar os dois aumentos mais importantes do período: o primeiro entre 1965 e 1970, após o qual a curva se mantém estabilizada; e o segundo a partir de 1980, mantendo-se em crescimento a partir de então.

Considerando que na mortalidade por causas externas, em seu total, estão presentes determinantes muito diversos e que, conseqüentemente, apontam abordagens preventivas também bastante diferentes, torna-se fundamental, para a compreensão adequada desse crescimento, o seu estudo segundo os diferentes tipos de causa. A Tabela 1 e Figura 2 mostram esta distribuição nos anos estudados.

Comparando os dados de 1999 com os

Tabela 1 - Distribuição temporal dos coeficientes de mortalidade por causas externas segundo tipo de causa. Município de S. Paulo, 1960, 65, 70, 75, 80, 85, 91, 95 e 99.

Table 1 - Annual violent death rates (per 100,000 population), by class of violence. S. Paulo city, 1960, 65, 70, 75, 80, 85, 91, 95 and 99.

Ano Year	Acidentes de Trânsito Traffic Fatalities	Demais Acidentes Other accidents	Suicídios Suicides	Homicídios Homicides	Ignorado Unknown Causes
1960	11,5	15,1	12,6	5,9	3,4
1965	15,0	9,3	8,8	7,2	4,6
1970	29,3	14,0	7,5	10,7	5,8
1975	30,0	14,6	5,5	10,7	5,8
1980	23,7	15,1	5,0	19,1	0,3
1985	24,6	18,8	4,4	35,6	3,0
1991	20,9	19,2	4,7	44,0	2,4
1995	17,5	13,9	5,1	49,9	8,9
1999	13,6	10,9	4,4	59,4	3,7

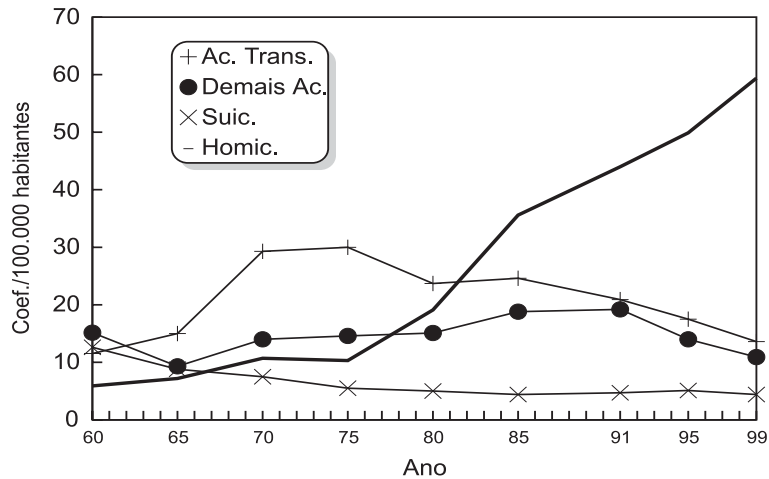


Figura 2 - Distribuição temporal dos coeficientes por causas externas segundo tipo de causa. Município de São Paulo, 1960/1999.

Figure 2 - Annual violent death rates (per 100,000) by class of violence. Sao Paulo city, 1960/1999.

anos anteriores observa-se o aumento nos coeficientes de mortalidade por **acidentes de trânsito** nas décadas de 60 e, principalmente, na década de 70, seguindo-se diminuição na década de 80, tendência que vem se mantendo para o Município de São Paulo. É interessante assinalar que este tipo de acidente ocupou o primeiro lugar dentre as causas externas de 1965 a 1980, o que torna estimulante observar que os coeficientes de 1960 e de 1999 mostram valores próximos, embora este último ainda se apresente mai-

or que o primeiro. A comparação dos índices do ano de 1975 (no pico) com os de 1999 revela **uma diminuição de 55,7%**. Tal fato deve-se provavelmente ao incremento nos itens de segurança dos veículos e do ambiente (maior e melhor sinalização de vias), a obrigatoriedade do uso do cinto de segurança, diminuição da velocidade (inclusive por meio de lombadas eletrônicas), campanhas de prevenção realizadas e também a própria densidade do trânsito no Município. Para ilustrar esta última hipótese a Figura 3

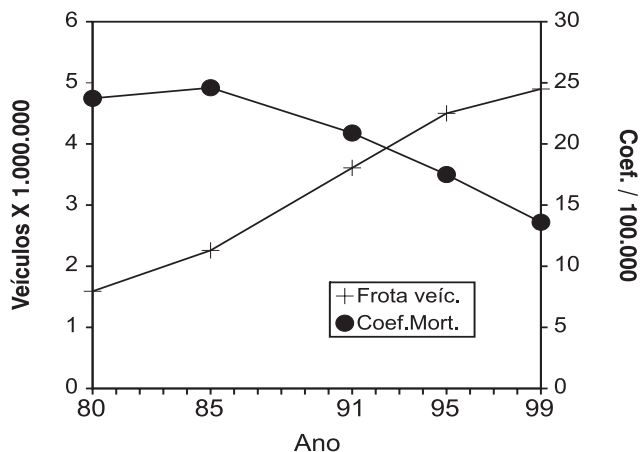


Figura 3 - Evolução da frota de veículos e coeficientes de mortalidade por acidente de trânsito. Município de São Paulo, 1980/1999.

Figure 3 - Vehicles and traffic fatalities (per 100,000). Sao Paulo city, 1980/1999.

mostra a evolução da frota de veículos e dos coeficientes de mortalidade por acidentes de trânsito. Uma das características do tráfego na cidade de São Paulo é o excesso de veículos, provocando constantes congestionamentos ou fluxo lento. Durante o dia este fato não permite que os carros desenvolvam grandes velocidades, fazendo diminuir as chances da ocorrência de colisões fatais.

Esta tendência de queda é verificada também em outros países, principalmente nos industrializados, embora tenha ocorrido mais precocemente que em nosso meio, entre 1970 e 1980 (Beeck e col.¹⁴ 1991).

As causas de óbitos classificadas como grupo dos **Demais Acidentes**, que ocupavam o primeiro lugar em 1960, mantiveram seus coeficientes estabilizados entre 1970 e 1980, mostrando uma tendência de crescimento a partir desse ano. Para melhor compreender o seu significado, torna-se fundamental uma análise mais detalhada da composição das mortes deste grupo.

Os coeficientes de mortalidade por **suicídios** vêm se apresentando de forma mais favorável, decrescendo nos anos estudados: a variação nos coeficientes foi de 12,6 (em 1960) a 4,4/100.000 habitantes (em 1999), havendo uma **diminuição de 65,1%**. A observação da curva, apresentada na Figura 2, revela uma diminuição acentuada desses coeficientes, até 1975. A partir de 1980 a tendência de queda permanece, mostrando-se, entretanto, de forma mais branda.

Por outro lado, os homicídios estão em franca tendência de crescimento, acelerada na década de 80. Os coeficientes variaram de 5,9 (em 1960) a 59,4/100.000 habitantes (em 1999). Consequentemente, cresceram de importância entre os tipos de causas externas: ocuparam o quarto lugar dentre as causas externas em 1960 e 1965; terceiro lugar em 1970 e 1975; em 1980 já passam para o segundo lugar e, a partir de 1985, assumem o primeiro posto. Se a mortalidade por causas externas, em seu total, quase dobra seus valores (aumentou 90,0%), **os homicídios quase decuplicam (tiveram o alarmante aumento de 906,8%)**, no mesmo período.

A curva mostrada na Figura 2 pode ser dividida em dois momentos distintos, para os homicídios: os primeiros quinze anos da série, de 1960 até 1975, com crescimento mais lento dos coeficientes, de 74,4%, e o segundo momento, relativos aos últimos vinte anos da série, de 1975 até 1999, cujo crescimento foi mais acelerado, na ordem de 455,1%.

Em relação ao crescimento dos coeficientes de mortalidade por homicídios nas diferentes faixas etárias (Gawryszewski⁸ 1995), a comparação dos dados do início da série, 1960 com o ano de 1991, mostrou que este aumento se deu principalmente para os mais jovens, pertencentes ao sexo masculino. Algumas faixas destacaram-se com percentuais alarmantes: dos 15 a 19 anos, cujo aumento foi da ordem de 1.870% e os de 20 a 24 anos, com crescimento de 1.100%. A faixa 10 a 14 anos deve merecer atenção especial pois, embora a análise da mortalidade não apresentasse coeficientes muito altos, tinha acumulado neste período, o maior aumento entre todas as idades, de 1.900%.

Corroborando isto, um outro dado significativo da série histórica, observado por Mello Jorge² (1979), é que no início do período estudado, em 1960, a maioria (52,0%) das mortes por homicídios concentrava-se nas idades acima dos 30 anos; situação que se inverte para o ano de 1999, pois 52,0% destas mortes ocorreram em indivíduos com menos de 30 anos.

Souza¹⁵ (1994), ao comparar as mortes por homicídios no Brasil, nos anos de 1980 e 1988, notou um crescimento percentual da mortalidade proporcional por homicídios nas várias idades. Este incremento foi maior no sexo masculino, nas faixas de 10 a 14 anos (93,3%) e 15 a 19 anos (43,0%). Verifica-se, portanto, que não é só em São Paulo, que as mortes por homicídios apresentam um crescimento maior nas faixas etárias mais jovens, particularmente nas idades de 10 a 14 anos, que apresentam coeficientes bem mais baixos que a de 15 a 19 anos. Este dado, pela sua gravidade, merece uma reflexão não só do setor saúde, mas de toda a sociedade, sobre os seus determinantes.

• A mortalidade segundo sexo e idade

Os 9137 óbitos por causas externas ocorridos em 1999 são mostrados na Tabela 2, sob a forma de números absolutos, proporções e coeficientes, segundo sexo e idade.

Analisando, inicialmente, as proporções encontradas, observa-se predominância acentuada do sexo masculino: 90,2% do total de mortes por causas externas (excluídas as 317 mortes cujo sexo e idade foram ignorados). A análise da série histórica revela que esta sobremortalidade encontra-se em crescimento no município de São Paulo, talvez decorrente do aumento da participação dos homicídios no total das causas externas, onde o predomínio masculino é ainda mais acentuado.

Os coeficientes de mortalidade (por 100.000 habitantes), mostram valores altos: 92,1 para o total da população; 166,4 para o sexo masculino e 22,8 para o feminino. O coeficiente masculino é 632,6 % maior que o feminino. A razão entre esses coeficientes é 7,3.

O encontro de uma mortalidade por causas externas, maior para o sexo masculino, é bastante comum, e outros trabalhos também mostram esta predominância. Yunes¹⁶ (1993), ao analisar a mortalidade por causas externas nas Américas, utilizando dados do ano de 1986 para nove países, verificou que em todos os países estudados esta mortalidade era substancialmente maior no sexo masculino. O mesmo pode ser verificado quando são analisados dados de outros Estados do Brasil (Mello Jorge e col.⁴ 1997).

Borbeau¹⁷ (1993), ao discutir a sobremortalidade masculina para causas externas, diz que esta é mais marcada nos países em desenvolvimento, em comparação com os países desenvolvidos, especialmente para aqueles da América Latina. Este autor propõe a seguinte classificação: *mortalidade violenta fraca*, com coeficientes de mortalidade em torno de 44 por 100.000 para o sexo masculino e 19/100.000 para o feminino; *intermediária*, cujos coeficientes se apresentam entre 70 e 91/100.000 para

Tabela 2 - Distribuição das mortes por causas externas segundo sexo e idade (nº, % e coeficientes/100.000 habitantes). Município de S. Paulo, 1999.

Table 2 - Violent death rates (per 100,000 population) by sex and age. S. Paulo city, 1999.

Idade Age (anos)	SEXO (Sex)						TOTAL			
	Masculino/Male			Feminino/Female			IGN/Unknown	No.	%	Coef
	No.	%	Coef	No.	%	Coef	No.	No.	%	Coef
0 a 4	89	1,0	18,2	68	0,8	14,7	-	157	1,8	16,5
5 a 9	48	0,5	10,9	22	0,2	5,3	-	70	0,8	8,2
10 a 14	99	1,1	2	23	0,3	5,6	-	122	1,3	14,6
15 a 19	1081	12,0	250,3	120	1,4	27,4	-	1200	13,6	138,2
20 a 24	1512	17,1	355,2	116	1,3	25,9	-	1626	18,0	186,5
25 a 29	1337	15,2	326,4	94	1,1	21,5	1	1433	16,2	169,2
30 a 34	1014	11,5	257,7	77	0,9	18,1	1	1091	12,4	133,2
35 a 39	732	8,2	195,8	85	1,0	20,4	1	817	9,3	103,4
40 a 44	507	5,7	150,4	85	1,0	22,2	-	592	6,7	82,2
45 a 49	384	4,3	134,8	49	0,6	15,0	-	432	4,9	70,8
50 a 54	217	2,4	97,0	46	0,5	17,7	-	263	3,0	54,4
55 a 59	158	1,8	93,0	51	0,6	25,2	-	208	2,3	56,2
60 a 64	140	1,6	107,2	30	0,3	18,3	-	169	1,9	57,8
65 a 69	103	1,1	101,4	42	0,5	41,0	-	147	1,7	60,9
70 a 74	80	1,0	109,4	51	0,6	30,7	-	132	1,5	51,9
75 e +	177	2,0	239,5	179	2,0	150,1	-	356	4,0	184,3
IGN	275			33			9	317		
Total	7954	90,2	166,4	1168	13,3	22,8	12	9137	100,0	92,1

Nota: Percentuais calculados sobre o total de casos com informação conhecida.

Note: Percentages calculated over total cases with specified information.

os homens e 29/100.000 para as mulheres; e *mortalidade violenta forte*, com valores entre 113 e 166/100.000 para o sexo masculino e 32/100.000 para o feminino.

Nestas condições, o Município de São Paulo apresenta-se com uma **mortalidade violenta forte para os homens e fraca para as mulheres**. Para o senso comum, esta cidade vive uma situação de grande violência, portanto não seria esperado que os coeficientes de ambos os sexos fossem fortes? No entanto, parece que se está diante de uma situação peculiar que deve ser analisada de um ponto de vista mais amplo, para permitir melhor compreensão.

Um outro dado que pode ser percebido, a partir da Tabela 2, é que a mortalidade violenta também não se apresenta uniforme segundo as idades, sendo portanto, fundamental deter-se na análise de algumas idades e de determinado sexo, para que se possa conseguir maior proximidade com os determinantes de tal situação. O grupo que apresentou maior número de mortes foi o de 15 aos 35 anos, concentrando 60,7% do total. A idade que concentrou a maior frequência de mortes foi 21 anos.

Em relação aos coeficientes de mortalidade, estas mesmas faixas também exibem os maiores índices, merecendo atenção especial a faixa dos 20 aos 24 anos (o crescimento inicia-se na faixa dos 15 aos 19 anos, decrescendo a partir dos 35 anos, embora se mantenha em níveis altos). Também importantes são as faixas de idades mais avançadas, a partir dos 70 anos que, embora do ponto de vista proporcional não mostrem um grande número de casos, representando apenas 5,5% do total de óbitos, exibem altos coeficientes, especialmente a partir dos 75 anos e mais (184,3/100.000). Certamente que idades tão diferentes devem apresentar diferenças na composição desta mortalidade segundo tipos de causas externas, refletindo as variadas exposições ao risco de morrer, como será visto posteriormente.

A diferença entre as taxas do sexo feminino e masculino mostra que para o primeiro não se verificam picos tão pronunciados

nas faixas de idade mais jovens, vindo a ocorrer nas idades mais avançadas (a partir dos 65 anos, com destaque especial à faixa dos 75 anos e mais).

Um dado que vale a pena ressaltar é que, nas causas externas, há um número razoável de vítimas cuja identidade é **desconhecida** (317 para o ano de 1999). Algumas delas encontradas em estado de putrefação e muitas delas sem qualquer documento, parente ou amigo que reclame seu corpo. Isto parece ser um problema sério em nosso meio, relacionando a violência ao estilo de vida das grandes metrópoles: **o anonimato da cidade grande, expressado até na morte**. Tal situação pode ser decorrente da ação do vitimizador (anonimato produzido), que elimina os documentos de identificação dessas vítimas para dificultar a investigação do crime, ou também pela própria família e conhecidos, por medo de represálias ou envolvimento com circunstâncias desagradáveis vítimas; e, até mesmo, por considerarem que aqueles mereceram acabar como acabaram (anonimato desejado).

• A mortalidade segundo tipo de causas

Na Tabela 3 são mostrados os tipos de causas externas que levaram às mortes, seu número, as proporções e seus coeficientes, para o ano de 1999, segundo sexo. Ocorreram 1.345 óbitos por acidentes de trânsito, 439 suicídios, 5.899 homicídios, 1.083 "Demais acidentes", restando 439 mortes em que se ignorava se foram acidentais ou intencionais. Chama atenção o grupo dos homicídios, que representa mais que a metade (59,4%) do total de mortes, revelando uma séria e preocupante face da realidade para os que vivem nesta cidade. Dados para o Brasil como um todo revelam que o grupo dos homicídios foi responsável por 32,7% em 1996 (Waldman e Mello Jorge¹⁸ 1999).

Os acidentes de trânsito compõem 13,6% do total de mortes. Nos países desenvolvidos esse percentual costuma ser mais alto (WHO¹⁹ 1994). Rodelgo²⁰ (1989) assinala que, na Espanha, um terço dos falecimen-

Tabela 3 - Distribuição das mortes por causas externas segundo sexo e tipo de acidente (nº, % e coeficientes/100.000 habitantes). Município de S. Paulo, 1999.

Table 3 - Violent death rates (per 100,000 population) by sex and class of violence. S. Paulo city, 1999.

Sexo/Sex Tipo	Masculino/Male			Feminino/Female			Total		
	No	%	Coef	No.	%	Coef	No.	%	Coef
Ac. Trânsito	1080	13,5	22,6	263	22,5	5,1	1345	14,7	13,6
Demais Acid.	757	9,5	15,8	324	27,7	6,3	1083	11,8	10,9
Suicídios	352	4,4	7,3	87	7,4	1,7	439	4,8	4,4
Homicídios	5464	68,7	114,3	431	36,8	8,3	5899	64,6	59,4
Ignorado	301	3,8	6,2	66	5,6	1,3	371	4,1	3,7
Total	7954	100,0	166,4	1171	100,0	22,7	9137	100,0	92,1

Nota: No total foram incluídos os óbitos com sexo ignorado
 Note: Total figures include deaths with unspecified gender

tos por causas externas é causado por acidentes de trânsito de veículo a motor. Esta menor proporção, encontrada para o município de São Paulo, deve ocorrer, provavelmente, em função da importância proporcional que os homicídios alcançaram em nosso meio.

• Os acidentes de trânsito

O coeficiente de mortalidade encontrada para o sexo masculino foi de 22,6 e para o feminino foi de 5,1 (ambos medidos por 100.000 habitantes). A razão entre os coeficientes masculino/feminino para os acidentes de trânsito é 4,4, portanto mais baixa que aquela encontrada para o total das causas externas (7,3).

É possível verificar, também, que a faixa que concentra o maior número de mortes por acidentes de trânsito é a faixa de 20 a 24 anos (13,4% do total de óbitos, cuja informação acerca da idade era conhecida). Um pouco mais da metade destas mortes ocorre nas faixas etárias do adulto jovem, de 15 a 39 anos, cujos percentuais somam 53,0%. Comparando com os dados da série histórica (Mello Jorge² 1979), verifica-se que a concentração de mortes ocorre na faixa de 20 a 39 anos, para todos os anos estudados.

Este é um aspecto muito importante do ponto de vista do público alvo a ser sensibilizado por medidas preventivas, para se tentar deter esta perda precoce de vidas.

Comportamento análogo tem sido demonstrado em um grande número de países. A análise da mortalidade de alguns países desenvolvidos selecionados (WHO¹⁹ 1994) também revela uma maior concentração de mortes por acidentes de trânsito nas idades do adulto jovem, principalmente dos 15 aos 24 anos.

No entanto, na análise dos coeficientes, ao contrário do que ocorre com as proporções, embora se mostrem altos nas faixas jovens, tendem a aumentar com a idade: a partir dos 15 anos começam a crescer, atingindo um pico na faixa de 20 a 24 anos (20,6/100.000 habitantes), quando então a curva se mantém alta e estável. Porém, na faixa dos 75 anos ou mais, esses valores quase triplicam, chegando a 53,9/100.000 habitantes, sendo 97,4 para os homens e 26,8 para as mulheres. Estas altas taxas são decorrentes principalmente de atropelamentos, responsáveis por 69,2% dessas mortes. Contribui para este fenômeno a fragilidade física própria da idade, comprometendo o restabelecimento pós-traumático. Além disso, a visão é um dos sentidos de maior importância para atravessar uma rua e os mais velhos sofrem um declínio da função visual (iniciando a partir da quinta década) que, por ser gradual e progressiva, pode levar o indivíduo a não perceber a sua dificuldade. Isto, sem contar com os problemas comuns de catarata e retinopatia do diabético que podem acometer os mais idosos.

Tal fato merecia ser objeto de campanhas de prevenção desse tipo de acidente, voltadas para a população da terceira idade.

Os coeficientes das faixas etárias mais jovens, embora altos, são menores que os de alguns países desenvolvidos, tais como os Estados Unidos, Espanha e Portugal. Porém, em relação ao coeficiente do sexo masculino para a faixa de 75 anos ou mais, nenhum dos países selecionados apresentou coeficiente tão alto como o do Município (97,4), a não ser o México, com coeficiente de 99,1/100.000 habitantes.

Cabe ressaltar que, na distribuição destes acidentes segundo tipo, os atropelamentos fizeram 43,9% destas vítimas, apresentando coeficientes mais altos nas idades mais avançadas, como já referido. As colisões foram responsáveis por cerca de 39,2%. É importante assinalar que os óbitos concentram-se nas categorias V093 e V892 do CID-10 e que óbitos decorrentes de acidentes de motocicleta não aparecem como importantes nas estatísticas oficiais, o que provavelmente deve estar relacionado com má qualidade dos registros. Sabe-se que este é um problema emergente no Município, decorrente do crescimento do uso desse veículo não somente para lazer, mas inclusive para o trabalho nas atividades de serviços de “moto boy”. Ilustra isto, o fato de que as motos em 1982 representavam cerca de 2% da frota total de veículos, mas na década de 90 esses percentual triplica, mantendo-se em torno de 6% (Mello Jorge e col.²¹ 2001). Além desse aumento efetivo na circulação, a proposta de tais serviços é a rapidez no atendimento aos clientes, o que pode contribuir para maior número de acidentes. Esses autores, estudando internações hospitalares em instituições próprias ou conveniadas com o Sistema Único de Saúde, no Município de São Paulo, em 1998, mostram que houve uma média de 4,1 internações por dia devidas a lesões decorrentes de acidentes com motocicletas.

• Os demais acidentes

O sexo masculino contribuiu com 757

óbitos (69,9%) e o feminino com 324 (30,1%). O coeficiente para o sexo masculino foi de 15,8 por 100.000 homens e 6,3 por 100.000 mulheres. A razão entre os coeficientes masculino/feminino foi de 2,5, menor que a encontrada para o total das causas externas.

As **quedas acidentais**, que se apresentam no primeiro lugar neste agrupamento, causaram 572 óbitos. O coeficiente de mortalidade é de 5,7/100.000 habitantes, o do sexo masculino é 8,5/100.000, e do feminino é de 3,2/100.000 (razão de 2,7). A diferença nestas taxas não é tão acentuada quanto a verificada para outras causas de morte por acidentes e violências. Há um crescimento destes coeficientes acompanhando o aumento da idade, revelando-se um problema para as faixas de idade mais avançadas, principalmente a partir dos 75 anos (78,4/100.000 homens e 76,3/100.000 mulheres).

Verificou-se uma melhora na qualidade do preenchimento da D.O em relação a estas mortes pois, dos 628 óbitos por quedas verificadas no ano de 1995, 620 (99,0%) foram representados por quedas não especificadas, o que prejudica qualquer análise mais detalhada sobre este tipo de acidente, seus determinantes e o conseqüente planejamento de ações preventivas. Em 1999, as quedas não especificadas (e sem local especificado) correspondem ainda à maioria (59% do total), porém já é possível saber que ocorreram 16 mortes em playground, 79 em residências e 34 por quedas de edifícios.

Mas, tal melhoria nesses registros é ainda insuficiente para possibilitar o estudo de problemas mais pontuais tais como os acidentes de trabalho, pois a ocorrência de mortes por quedas em idades jovens pode estar encobrindo mortes devidas a estes acidentes. É sabido que o atestado de óbito não é a fonte mais adequada para o estudo desses acidentes, pois muitos deles, tais como as quedas, intoxicações por agrotóxicos, eletrocussão, ou mesmo alguns acidentes de trânsito, podem ser acidentes de trabalho, mas não estão registrados no atestado como tal.

Os **afogamentos e submersão acidentais** foram responsáveis por 107 mortes (9,9%), com coeficiente de 1,1/100.000 habitantes, distribuídos entre os menores de 1 ano até 54 anos, não apresentando variações acentuadas entre estas faixas etárias.

• Os suicídios

Este trabalho mostra a ocorrência de 439 mortes por suicídios no Município de São Paulo, no ano de 1999, o que representa 4,8% do total de mortes por causas externas. O sexo masculino contribuiu com 352 óbitos (80,2%) e o feminino com 87 (19,8%). Os coeficientes encontrados foram: 4,4 por 100.000 habitantes (7,4 por 100.000 homens e 1,7 por 100.000 mulheres). A razão entre os coeficientes masculino/feminino foi de 2,1, menor que a encontrada para o total das causas externas.

A distribuição destes óbitos segundo sexo e idade revela que, no ano de 1999, diferentemente do que ocorreu em outros anos da série, as idades mais jovens não apresentaram um pico de incidência, o que somente ocorreu nas idades mais avançadas, 60 a 74 anos para a população geral e 75 anos ou mais para os homens (cujas taxas chegaram a 20,3/100.000, as mais altas encontradas na análise). A faixa que marca o início de um aumento nestes índices é a de 30 a 34 anos. Os suicidas mais jovens pertenciam ao sexo feminino, uma delas com apenas 12 anos e a outra com 14.

As taxas de mortalidade para os homens apresentam-se maiores que as do sexo feminino, em todas as idades, embora no imaginário social, este fenômeno seja ligado à fraqueza, ao universo feminino, o que coloca em questão a associação estabelecida entre feminilidade e fragilidade. Tal fato somente é verdade para as **tentativas** de suicídio, mais numerosas entre as mulheres que entre os homens. Estimativas feitas revelam que, para cada óbito por suicídio do sexo masculino, ocorreram 3 a 4 tentativas, e no sexo feminino a relação passa a ser 25 a 30 tentativas (Cassorla²² 1991).

Para a Comunidade Européia (WHO¹⁹ 1994), observa-se que estes valores são bem

mais altos que os encontrados neste trabalho, tendendo também a se apresentarem maiores nas idades mais velhas, principalmente, a faixa de 75 anos e mais.

Isto pode ser devido, em parte, à prevalência de quadros depressivos, geralmente comuns no fim da vida (Kaplan e Sadock²³ 1991). As idades mais avançadas convivem, muitas vezes, com vários tipos de perdas: o abandono por parte dos familiares, a solidão, a perda do vigor físico, perda de status, aposentadoria geralmente acompanhada de perdas financeiras, doenças crônicas e a proximidade da morte.

Em relação ao meio utilizado para o cometimento do suicídio, a informação existente na declaração de óbito não permitiu conhecê-lo em 146 dos casos (33,3%) o que, certamente, traz prejuízos às análises que podem ser realizadas sobre este evento, apontando mais uma vez a má qualidade da Declaração de Óbito. Sabe-se que a conclusão de que a morte foi devida a um ato suicida resulta de uma investigação geralmente mais acurada, pois há todo um preconceito cultural e resistência familiar sobre este tipo de evento, o que leva à dedução de que, certamente, deve haver mais informações disponíveis e que não foram registradas.

Entre os meios especificados, em primeiro lugar, encontram-se os enforcamentos, com 136 casos (30,9%), fato verificado em todos os anos analisados na série histórica, a despeito do aumento da circulação e facilidade de aquisição de armas de fogo em nosso meio. Seguem-se as armas de fogo com 67 casos (15,3%). Mesmo com a limitação apontada anteriormente, algumas diferenças entre os sexos podem ser observadas, pois os homens utilizam como meio os enforcamentos e arma de fogo e as mulheres também o fazem por ingestão de substâncias e ateamento de fogo ao corpo.

É possível que exista uma proporção não conhecida de mortes por outras causas externas que podem estar encobrindo atos suicidas (inconscientes ou não), entre elas os homicídios e acidentes de trânsito. Mesmo causas consideradas naturais, como neoplasias, infarto do miocárdio e outras,

podem ser o coroamento de “processos autodestrutivos crônicos” (Barros²⁴ 1991).

• Os homicídios

No ano de 1999, dentre os residentes no Município de São Paulo, ocorreram 5.899 homicídios, perfazendo 64,6% do total das mortes por causas externas. Destes, 5464 verificam-se em pessoas do sexo masculino (92,6%) e 431 no sexo feminino (7,3%). Os coeficientes atingiram as cifras de 59,4/100.000 habitantes, sendo 114,3/100.000 homens e 8,3/100.000 mulheres. A razão encontrada entre os coeficientes do sexo masculino e feminino é de 13,7, quase o dobro que a razão calculada para o total das causas externas, que é 7,3.

Os homicídios, distribuídos segundo sexo e faixa etária, são apresentados em números absolutos, proporções e coeficientes na Tabela 4. Na Figura 4, é mostrada a distribuição desses coeficientes segundo sexo e idade.

Em relação à análise das proporções e coeficientes, o que pode ser observado é que estes coincidem em importância na mesma faixa etária: entre os adultos jovens do sexo masculino, na faixa de 15 a 39 anos, estão 78,4% das mortes por homicídios no sexo masculino e 83,9% do total dos homicídios. Dentre esta faixa mais ampla, destacam-se os seguintes grupos: dos 15 aos 19 anos, cujos coeficientes atingem 208,4/100.000; 20 aos 24 anos, 293,5/100.000 e 25 aos 29 anos, 264/100.000. Isto faz com que as idades entre 15 a 29 anos sejam as que concentram, mais do que qualquer outra, o maior número de homicídios e os maiores coeficientes, determinando, assim, perdas precoces de vida.

O sexo feminino apresenta os coeficientes e as proporções, do mesmo modo que o encontrado para o sexo masculino: crescem abruptamente na idade dos 15 aos 19 anos (onde atingem o seu pico), mantendo valores elevados até 39 anos, tendendo depois a decrescer com o avançar da idade. Os va-

Tabela 4 - Distribuição das mortes por homicídios, segundo sexo e faixa etária (nº, % e coeficientes/100.000 habitantes). Município de S. Paulo, 1999.

Table 4 - Homicides rate (per 100,000 population) by sex and age-specific. S. Paulo city, 1999.

Idade Age (anos)	SEXO (Sex)							TOTAL		
	Masculino/Male			Feminino/Female			IGN/Unknown	No.	%	Coef
	No.	%	Coef	No.	%	Coef	No.			
0 a 4	4	0,0	0,8	6	0,1	1,3	-	10	0,2	1,1
5 a 9	6	0,1	1,3	3	0,0	0,7	-	9	0,1	1,0
10 a 14	51	0,8	12,0	9	0,1	2,1	-	60	1,1	7,1
15 a 19	900	15,8	208,4	76	1,3	17,4	-	976	17,1	112,3
20 a 24	1249	21,9	293,5	74	1,3	16,6	-	1323	23,2	151,6
25 a 29	1084	19,0	264,6	65	1,1	14,9	1	1084	20,1	135,8
30 a 34	749	13,1	190,3	54	0,9	12,7	-	749	14,1	98,1
35 a 39	493	8,6	131,9	43	0,7	10,3	-	493	9,4	67,9
40 a 44	312	5,4	92,5	30	0,5	7,8	1	312	6,0	47,5
45 a 49	208	3,6	73,0	18	0,3	5,5	1	208	4,0	36,9
50 a 54	102	1,7	45,6	12	0,2	4,6	-	102	2,0	23,6
55 a 59	61	1,1	35,9	6	0,1	2,9	-	61	1,2	18,0
60 a 64	43	0,7	32,9	7	0,1	4,2	-	43	0,9	17,0
65 a 69	15	0,3	14,7	2	0,0	1,4	-	15	0,3	7,1
70 a 74	10	0,2	13,7	3	0,0	1,6	-	10	0,2	5,1
75 e +	10	0,2	13,5	4	0,0	3,3	-	10	0,2	7,2
IGN	167	-	-	19	-	-	3	189		-
Total	5464	92,6	114,3	431	7,4	8,3	3	5899	100,0	59,4

Nota: Percentuais calculados sobre o total de casos com informação conhecida.

Note: Percentages calculated over total cases with specified informatios.

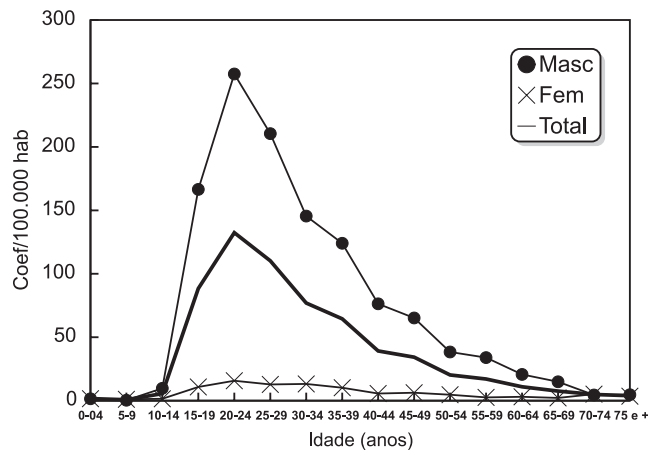


Figura 4 - Distribuição dos coeficientes de mortalidade por homicídios segundo sexo e idade. Município de São Paulo, 1999.

Figure 4 - Homicides rate (per 100,000) by sex and age-specific. Sao Paulo, 1999.

lores dos coeficientes para as mulheres são menores que os dos homens.

Os países considerados mais desenvolvidos (Europa, Canadá, Japão, por exemplo), de um modo geral têm a sua estrutura de mortes violentas composta principalmente pelos componentes não intencionais, acidentes de trânsito e quedas, exatamente o contrário do observado para o Município de São Paulo. Mas, mesmo entre os componentes intencionais, são os suicídios que lideram esta mortalidade nestes países (Borbeau¹⁷ 1993). Embora desenvolvido, os Estados Unidos têm mortalidade violenta mais alta e diferente daqueles países, pois apresentam um equilíbrio em seus componentes intencionais, suicídios e homicídios. A cidade de Los Angeles é considerada um local que exhibe altos índices de homicídios, provavelmente ligados à existência de gangues. No entanto, seus índices são bem menores que os da cidade de São Paulo, pois no ano de 1996 os coeficientes de homicídios para a população geral, naquela cidade, foram de 14,0/100.000, sendo que para os afro-americanos chegou a 40,4/100.000. Os dados para o grupo afro-americano do sexo masculino, de idade entre 15 a 34 anos, chega a 164,2/100.000 (Demetriades e col.²⁵ 1998). Para os homens residentes em São Paulo nesta mesma faixa etária este coeficiente alcança 239,8/100.000.

Entre os países da América Latina, os que apresentam as maiores taxas de mortalidade por homicídios são a Colômbia e El Salvador, com coeficientes de 49,0 e 40,4/100.000 habitantes, respectivamente (United Nations²⁶ 1992). Estes países apresentam problemas de ordem política e econômica que podem explicar em parte esta alta incidência.

A análise dos homicídios segundo tipo mostra que os **meios não especificados** não são mais a maioria destes óbitos (43,8% do total), o que revela uma certa melhora no preenchimento da Declaração de Óbito, em relação a esta informação. Em primeiro lugar foram encontradas as **armas de fogo** (52,6% para os homens e 43,8% para as mulheres). Provavelmente, há subestimação dos dados em relação à utilização de armas de fogo, que causaram apenas 51,9% dos homicídios. Dados da literatura, referentes ao município de São Paulo, apontam outra situação para a importância das armas de fogo. Gawryszewski⁸ (1995), ao estudar os óbitos por causas externas em menores de 19 anos, através de pesquisa aos laudos do Instituto Médico Legal, encontrou que 91,0% dos homicídios foram realizados por armas de fogo. Esta divergência pode ser explicada em função de que o IML detém a informação - ela existe em seus re-

gistros e laudos - mas, entretanto, não a transcreve para a Declaração de Óbito.

A questão da larga utilização e facilidade de aquisição de armas de fogo inquieta toda a sociedade. Os noticiários das redes de comunicação falam a respeito de armamentos pesados utilizados pela rede de criminalidade, assustando os cidadãos que os assistem. Como uma das possíveis respostas ao problema, encontram-se em andamento, no poder Legislativo, algumas propostas de leis para a regulamentação da aquisição e porte destas armas. Mas, acredita-se ser preciso também refletir sobre outras urgentes medidas.

E esta é uma preocupação de outros países, pois nos Estados Unidos o papel da mortalidade devida às armas de fogo já é bem conhecido e preocupante. As estimativas do número de armas de fogo existentes no país é realmente alarmante, pois há aproximadamente 200 milhões de armas de fogo em posse de pessoas privadas e 1 milhão de armas semi-automáticas, capazes de dar várias tiros seguidos e ferir ou matar muitas pessoas em curto espaço de tempo (American Medical Association²⁷ 1992).

Cabe chamar a atenção, neste momento, para a inexistência de mortes devidas às “intervenções legais”. Gawryszewski⁸ (1995), trabalhando com óbitos em menores de 20 anos, contemplando as estatísticas oficiais com pesquisa aos laudos do IML, referiu que pelo menos, 10,1% dos homicídios nesta faixa etária foram realizados pela polícia, concluindo que as mortes deste tipo fogem dos registros estatísticos oficiais. O Diário Oficial do Estado de São Paulo publicou, em 30 de junho de 1998 (vol 108, nº 122), alguns dados sobre mortes e lesões provocadas por Policiais Militares (em serviço ou folga), no período de 1991 a maio de 1998. Observa-se que o ano de 1995 apresentou o maior número de casos: 478 mortes classificadas como “resistência seguida de morte” (somando os feridos este número chegou a 962). Cabe ressaltar, no entanto, que as chamadas “resistências” apresentaram diminuição nos anos subsequentes.

Conviver com taxas tão altas de homicídios é uma carga social imensurável. São poucos os estudos que procuram determinar estes danos sociais. Na Irlanda do Norte, alguns trabalhos foram realizados tentando verificar se a violência política tinha impacto sobre a saúde e o bem estar psicológico da população. Cairns e Wilson²⁸ (1991) encontraram que os indivíduos residentes em áreas de maior violência apresentavam mais sintomas físicos que aqueles que residiam em áreas de mais baixa violência. Um dado bastante interessante foi a verificação, de diferentes percepções da violência, por parte de indivíduos que vivem na mesma localidade.

Os E.U.A. discutem a questão da reversão deste quadro de aumento da mortalidade por homicídios, através de políticas sociais voltadas para a limitação do uso de armas de fogo. Têm por base a efetividade dos esforços realizados para diminuir os acidentes de trânsito, que obtiveram sucesso, e em cuja gênese concorriam muitos aspectos relacionados ao comportamento das pessoas (Centers for Disease Control and Prevention²⁹ 1993).

• A distribuição espacial das mortes no município de São Paulo

Em relação à distribuição espacial das mortes por causas externas, os óbitos ocorridos no Município de São Paulo, em 1999, foram analisados segundo os distritos de residência da vítima. A abordagem quanto ao local de residência foi feita com o intuito de estabelecer algum parâmetro relativo à condição socioeconômica das pessoas que morreram. Ainda que pudesse ser melhor, apresentar essa distribuição, segundo áreas homogêneas do Município (Akerman e col.³⁰ 1994), os coeficientes de mortalidade segundo distritos já apontam a desigualdade existente na ocupação do espaço urbano expressada na morte violenta. Se o Município de São Paulo apresenta coeficientes alarmantes por estas causas, conforme já comentado anteriormente, isto não é verdade para qualquer local. O distrito de Moema, por

exemplo, tem coeficiente de 17,8/100.000 habitantes, enquanto que o Jardim Ângela tem taxas de 122,6 (588,7% maior).

É bom ressaltar que, destes dados, não se pode inferir que tais lugares correspondem às zonas mais violentas ou menos violentas do Município, visto que não se referem a local de ocorrência, mas sim local de residência. Trata-se somente dos distritos onde seus residentes estão submetidos a maiores (ou menores) situações de risco para mortes por acidentes e violências.

Os distritos que apresentam os maiores coeficientes são os pertencentes às zonas centrais e periféricas da cidade. A SEMPLA³¹ (1991) refere que a década de 80 concentrou, no centro da cidade, população de baixa renda, mais que nas regiões periféricas, pois muitos habitantes tiveram que deixar as casas da periferia e dirigir-se para os cortiços das zonas mais centrais. Por outro lado, parte das camadas remediadas tiveram que abandonar as moradias situadas em zonas mais próximas ao centro e rumar para a periferia. *“Duplo percurso, porém com o mesmo sentido: a pauperização que desabou sobre a maioria daqueles que vivem em São Paulo”*, pois a avaliação desta publicação é que a década que se abre com a recessão de 1981-83 marca uma tendência de empobrecimento de uma parcela considerável da população de uma das regiões mais ricas do país, que é o Município de São Paulo. Já as regiões do Município com predominância de estratos de alta renda atravessaram a década de 80 com menores variações quantitativas.

A avaliação do que ocorreu na década de 90 é dificultada pela mudança da divisão territorial em distritos, a partir de 1991 (Lei Municipal 10.932 de 15/01/91), que resultou na divisão de alguns subdistritos antigos que eram muito extensos, limitando portanto as comparações. Ainda assim, utilizando os dados do ano de 1991 (Gawryszewski⁹ 1995), parece que vai diminuindo o número de regiões que exibem taxas muito baixas enquanto aumenta o número de distritos com altos índices: **a violência vai se espalhando pela cidade.**

De um total de 96 distritos, apenas 8 (8,3%) apresentam coeficientes até 35,0/100.000 (Moema, Alto de Pinheiros, Anhangüera, Vila Mariana, Jardim Paulista, Perdizes, Lapa e Itaim Bibi); 26 (27,1%) revelam coeficientes entre 35,1 e 70/100.000; 41 (42,7%) entre 70,1 e 100/100.000; e 21 (21,9%) mostram taxas acima de 100,1/100.000. Em relação ao coeficiente médio do Município foram encontrados 28 distritos (29,2%) com taxas acima desse valor.

Para comparar a composição das mortes por causas externas entre as diferentes regiões do Município, foram selecionados quatro distritos com coeficientes acima da média do Município, dois deles na zona sul (Jardim Ângela e Grajaú), um na zona Leste (Guianazes) e dois na zona central (Brás e Sé, que para fins do cálculo de coeficientes, tiveram suas populações e óbitos somados, em razão de apresentarem populações pequenas e proximidade geográfica). Aqueles com coeficientes muito abaixo da média, que foram escolhidos, são: Moema, Jardim Paulista, Vila Mariana e Alto de Pinheiros.

A Tabela 5 mostra o número e os coeficientes de mortalidade por causas externas para estes distritos selecionados.

É possível verificar que as diferenças são marcantes (tanto os números absolutos quanto os coeficientes) entre estas regiões: durante todo o ano de 1999, duas pessoas foram assassinadas em Moema (3,3/100.000), enquanto que no Grajaú foram 273 (91,9/100.000). Estes distritos, que apresentam as melhores taxas de mortalidade violenta, correspondem àqueles onde mora a população com condições de vida mais favoráveis.

Além disso, a análise dos dados de Moema e Alto de Pinheiros mostra que, contrariando o que é verificado no Município e nas regiões que exibem altas taxas, os coeficientes de mortalidade por suicídios apresentam-se maiores que os de homicídios. Isto remete ao fato de que a maior parte dos países desenvolvidos tem a sua mortalidade por causas externas intencionais, principalmente composta de suicídios e não de homicídios, igualmente ao que se

Tabela 5 -Distribuição das mortes por causas externas segundo distrito de residência e tipo de acidente (nº, % e coeficientes/100.000 habitantes). Município de S. Paulo, 1999.

Table 5 - Violent death rates (per 100,000 population) by residence and class of violence. S. Paulo city, 1999.

Distrito/ Residence	Ac.trânsito <i>Traffic fatali.</i>		Homicídios <i>Homicides</i>		Suicídios <i>Suicides</i>		Total <i>Total</i>	
	No	Coef	No.	Coef	No.	Coef	No.	Coef
Moema	3	4,1	2	3,3	5	6,5	13	17,8
Alto Pinheiros	-	-	4	9,4	1	2,3	9	21,2
V. Mariana	6	4,9	13	10,7	4	4,8	32	26,4
Jdim Paulista	3	3,5	5	5,9	7	8,2	27	31,7
Brás e Sé	7	15,2	44	95,4	2	4,3	69	149,6
Jdim Ângela	21	8,9	222	94,2	6	2,5	289	122,6
Grajaú	35	11,8	273	91,9	11	3,7	361	121,5
Guaianazes	13	14,1	76	108,4	6	6,5	111	120,3

Nota: No total foram incluídos os óbitos com sexo ignorado.
Note: Total figures include deaths with unspecified gender.

verifica para estes distritos, que poderiam ser considerados os mais “desenvolvidos” do município.

Barros²⁴ (1991) também aponta o comportamento antagonístico entre o risco de suicídio e o de homicídio, revelando que as estatísticas internacionais mostram altos coeficientes de mortes por homicídio e baixos para suicídios nos países latino-americanos, enquanto ocorre o inverso nos países europeus.

Estes distritos apresentam padrões similares a locais desenvolvidos, em relação aos coeficientes de mortalidade por causas externas: a cidade de Barcelona, na Espanha, em 1987, apresentou coeficientes de 9,3 por 100.000 para acidentes de trânsito, 7,2 por 100.000 para suicídios e 6,9 por 100.000 provocados por quedas. Lá, os homicídios não parecem ter importância, pois nem são citados (Panella Nogueira e col.³² 1991). Tal padrão é encontrado em alguns países da Europa.

Portanto, é possível verificar que as maiores vítimas da violência não constituem a população de maior poder aquisitivo, mas sim aquela que vive na nossa área periférica mais pobre. Desigualdade na vida e na morte. Este achado contraria, em parte, o imaginário popular que vê nos cidadãos

mais ricos os mais ameaçados, podendo perder a vida em assaltos, seqüestros e outras violências. Na verdade quem mais sofre com esta situação é o grupo formado pelas camadas mais pobres da população. Pelo menos em relação à mortalidade.

A verificação de associação entre áreas pobres e coeficientes altos de mortalidade por causas externas não é fato novo, no entanto a associação simples e direta “pobreza geradora de violência”, atualmente passa por uma discussão que amplia a compreensão do problema. Zaluar e col.⁶ (1994), discutindo o assunto por meio da análise das estatísticas de mortes violentas do Ministério da Saúde, para o período de 1981 a 1989, referem que os estados do Nordeste, à exceção de Pernambuco e outros Estados pobres do país, exibem taxas de violências entre as mais baixas, enquanto que São Paulo, um dos estados mais ricos, exhibe taxas altas. Rondônia, pobre, tem taxas altas, e não na zona do garimpo como é esperado, dadas as condições adversas da maioria daqueles que lá vivem e trabalham, mas sim, na cidade. Ao analisarem, particularmente, os homicídios, os autores notam que o empobrecimento ocorrido no Rio de Janeiro começou em 1988, quando suas taxas de homicídio já tinham dobrado. São

Paulo manteve a mesma proporção de pobres que tinha no início da década de 80 e, no entanto, suas taxas aumentaram. Belo Horizonte também não mostrou variação na proporção de pobres, na década, mas, no entanto, conseguiu diminuir suas taxas de homicídios e outras violências. A explicação desta relação, que por vezes é contraditória, se existe não é fácil. A pobreza absoluta em si não pode explicar a violência, certamente a desigualdade (ou pobreza relativa) deve ser levada em consideração para explicar estas altas taxas, bem como o contexto político institucional de cada local, o papel que desempenha o crime organizado (principalmente nas áreas metropolitanas) e a maior ou menor coesão social daquela comunidade.

Considerações Finais e Conclusões

Este trabalho buscou descrever as mortes violentas ocorridas no Município de São Paulo, no ano de 1999, a partir das características das pessoas e dos tipos de causas de morte. Além disso, permitiu completar série histórica, iniciada por Mello Jorge, com dados de mortalidade por causas externas desde 1960, visando estabelecer a importância do seu crescimento nos últimos quarenta anos. Julgou-se oportuno e imprescindível manter estes dados permanentemente atualizados e, se possível, aprofundar o conhecimento de suas causas.

Em relação aos resultados encontrados, determinados pontos merecem algumas considerações. Um deles é a distribuição destas mortes segundo sexo, pois o diferencial para o sexo masculino é muito pronunciado, fazendo com que os coeficientes de mortalidade indiquem uma situação de violência considerada forte para os homens e fraca para as mulheres. Isso decorre do peso dos homicídios nesta mortalidade, onde a participação masculina é ainda mais proeminente. Cabe lembrar que, a partir de 1985, o peso do sexo feminino na mortalidade por algumas destas causas tem revelado uma leve tendência de crescimento, que deve ser acompanhada. Isto talvez re-

flita uma maior independência da mulher acontecida nos últimos anos, levando-a a se expor mais, e/ou a uma maior participação no mercado de trabalho, decorrente da crise econômica que vem acontecendo, também nos últimos anos.

O aumento considerável da mortalidade por homicídios, ocorrida a partir da década de 80 e exacerbada a partir de 1995, coloca o Município de São Paulo numa situação preocupante, tornando urgente a proposição de um conjunto de medidas para que esta situação seja revertida. Faz-se necessária uma discussão mais ampla a respeito dos seus determinantes. A sociedade já começa a se mobilizar neste sentido, através da criação de várias organizações e manifestações populares. Falta a área da saúde se organizar melhor, pois parece ainda tímida, em relação a um problema cujos principais efeitos recaem sobre si própria, causando inúmeras mortes, ocasionando grande demanda em seus serviços. Portanto, esta área, e em especial a Saúde Pública, deve caminhar no sentido de realizar estudos mais específicos sobre o assunto, além de incorporar os resultados de trabalhos já feitos, em sua políticas de planejamento.

Um fato que merece atenção, por ser um dos aspectos mais graves deste problema, é que a faixa etária que apresenta os maiores coeficientes é muito jovem. Caberia, então, uma breve reflexão sobre a criminalidade e sua relação com o aumento desta mortalidade: é preciso discutir o fascínio que alguns jovens das camadas mais pobres experimentam com a possibilidade ilusória de ascensão social, de acesso a bens de consumo (alguns incessantemente propalados na televisão), através da adesão ao crime organizado. Na verdade, estes jovens são os que menos lucram com estas atividades e os que mais morrem. E este quadro precisa ser revertido. Um interessante estudo conduzido em Recife e Salvador com menores infratores (Assis e Souza³³ 1999) revela que estes jovens, em sua maioria, tinham envolvimento com drogas, círculo de amigos ligados a atividades criminosas, provi-

nham de famílias muito pobres e com dificuldade de conduzir a educação dos mesmos, no sentido de dar limites aos seus atos. A escola é apontada como lugar pouco atrativo e as Instituições religiosas como distantes do seu dia a dia.

Esta afirmação, no entanto, não deve ser entendida como uma vinculação direta da pobreza com a violência, conforme já discutido. É certo que uma sociedade injusta (e portanto assimétrica) cultural e economicamente, nas oportunidades e nos direitos dos cidadãos, gera desigualdades que concorrem para maior violência. Mas, também entre pessoas submetidas às mesmas condições adversas de vida, é somente uma pequena parte delas que opta pelo caminho da violência. Zaluar e col.⁶ (1994) calcularam, para uma determinada comunidade pobre do Rio de Janeiro, que apenas 1% daquela população seguia carreira criminosa. Para esta opção, certamente, concorrem também as diferenças individuais, ligadas ao mundo subjetivo de cada um. Essa mesma autora* propõe aumentar as penas dos adultos que doam, emprestam ou vendem armas a crianças e adolescentes, tornando este um crime hediondo, com o propósito de barrar o envolvimento de menores com a criminalidade. Este problema pode ser agravado ainda mais com o fenômeno, relativamente recente, da incorporação de inovações tecnológicas (armas automáticas e semi-automáticas) por parte da criminalidade, que potencializa um indivíduo para matar e ferir gravemente um grande número de pessoas. Sabe-se, também, que a força policial tem armas menos modernas e potentes que a criminalidade. Nos E.U.A., onde as armas semi-automáticas parecem ser a escolha de gangues relacionadas com drogas, seu uso tem aumentado em áreas onde a utilização de crack e cocaína é endêmica (American Medical Association²⁶ 1992).

Em relação à distribuição segundo local de residência das vítimas, é indispensável aprofundar estudos que possam trabalhar

com áreas menores, pois os dados aqui encontrados constituem-se quase em uma denúncia de que o acréscimo nas taxas de mortalidade violenta tem atingido principalmente os mais pobres.

Além de implementar medidas de prevenção, é fundamental também que os serviços de saúde sejam bem preparados e aparelhados para o atendimento aos feridos, para evitar que a morte ocorra, ou reduzir, ao mínimo, as incapacidades. E que estes serviços sejam articulados com uma rede adequada de assistência à vítima no local do acidente, onde cuidados essenciais devem ser tomados.

Portanto, é preciso também, além da implementação de medidas preventivas, capacitar os profissionais de saúde que trabalham nas emergências, em especial aquelas localizadas em locais cuja demanda de pacientes com lesões decorrentes de violências e acidentes é mais acentuada, para o atendimento a este tipo de vítima, tanto no campo da atenção médica propriamente dita, como nos aspectos psicológicos ou de orientação social.

Para a Saúde Pública este é um problema de grande importância devido à sua magnitude, gravidade e transcendência, e porque, embora difícil, é passível de ser reduzido por meio de ações de prevenção. Os Estados Unidos experimentam redução nas suas taxas de mortalidade por armas de fogo para todos os grupos raciais, entre 1993 e 1996 (Demetriades e col.²⁵ 1998), a partir do estabelecimento de estratégias de prevenção. É claro que existem medidas de âmbito mais abrangente: políticas socioeconômicas legais, com vistas a mudança dessa estrutura social onde a violência se origina. Mas há aquelas no campo da saúde, em especial, no planejamento e organização dos serviços de saúde, pois estes devem acordar para esta realidade e destinar recursos para o atendimento ao paciente vitimado por ações violentas. São estes serviços que participam da intersecção mais óbvia da área da saúde com a violência, atendendo

* Artigo publicado no jornal do Brasil, em 28.09.94.

as conseqüências desta no campo do dano físico: os traumas e lesões.

Espera-se que este trabalho possa contribuir, de alguma forma, para a reversão deste quadro. Espera-se que este marco referencial que é a virada do milênio, com todas as expectativas de mudanças que gera, possa vir a ser um estímulo para pro-

mover essa reversão. São incalculáveis os prejuízos desta situação na qualidade de vida da população residente no Município de São Paulo, sendo preciso, urgentemente, estabelecer algumas medidas específicas que possibilitem esta mudança. Tais ações devem ser concretas, viáveis, discutidas com o conjunto da sociedade.

Summary

S. Paulo is the largest city in Brazil and violent mortality is a social, economic and health problem. The objective of this study was to analyze mortality data in 1999 and compare it to rates since 1960. A total of 9,137 violent deaths that occurred in the City of São Paulo, Brazil, in 1999. All violent death certificates were analyzed to that end. Violent mortality rates showed a 90% increase from 1960 to 1999. Traffic accidents were responsible for this increase until 1975, when the rates began to go down. Homicides became more significant during the '80s. Homicides presented a 907% rise in that period (see table 1). These results showed the prominence of violent deaths in São Paulo, which accounted for 14.2% of 1999's total death toll. Violent mortality death rates (per 100,000) were 92.1 for both sexes; 166.4 for males and 22.8 for females (see table 2). The male/female ratio was 7.3, varying according to age groups and specific death causes (for homicides, the ratio was 13.7). The 15 to 29 age group showed the highest number of violent deaths, which was also the leading cause of death in this age group. Although the number of deaths among the elderly (70 years of age and older) was not very high, the same cannot be stated for rates. The main causes of death for the elderly were falls and traffic fatalities. Bearing that in mind, public health policies should address this issue promot-

ing actions to prevent such accidents. In 1999, homicides accounted for 64.6% of violent deaths. Traffic accidents were responsible for 14.7% and suicides for 4.8% (see table 3). Traffic fatalities were 13.6/100,000. The death rate for young people aged 15-24 was 20.6/100,000; but the rates among the elderly were higher, 53.9/1000. Accidents with Pedestrians accounted for 69.2% of all traffic deaths. The homicide rate was 59.4 (per 100,000), 114.3 for males (see table 4). The highest homicide rates were found among adolescents and young adults: the rate for people aged 15-34 was 236/100,000. It was estimated that firearms were the chief cause for homicides. Rates vary greatly among the different regions in City of São Paulo: while the rate in low-income socioeconomic areas was 149.0, in more affluent socioeconomic areas, it was 17.8/100,000 (see table 5). Homicides were the major cause in low-income areas. Unintentional injuries were more relevant in high-income areas. This study indicated that injuries are the most prominent problem in City of São Paulo, particularly homicides among young males. Moreover, there was great disparity between the magnitude of the problem in different areas of the city, because of important inequities. Public health authorities should plan preventive interventions, based on scientific findings.

Referências

1. Costa JF. *Violência e psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1986.
2. Mello Jorge MHP. *Mortalidade por causas violentas no Município de São Paulo*. São Paulo; 1979. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
3. Mello Jorge MHP. Mortalidade por causas violentas no Município de São Paulo, Brasil. IV - A situação em 1980. *Rev Saúde Pública* 1982; 16: 19-41.
4. Mello Jorge MHP, Gawryszewski VP, Latorre MRDO. I - Análise dos dados de mortalidade. *Rev Saúde Pública* 1997; 31 (4 supl): 5-25.
5. Mello Jorge MHP. Situação atual das estatísticas oficiais relativas à mortalidade por causas externas. *Rev Saúde Pública* 1990; 24: 217-23.
6. Zaluar A, Noronha JC, Albuquerque C. Violência: pobreza ou fraqueza institucional? *Cad Saúde Pública* 1994; 10 supl.1: 213-7.
7. Ministério da Saúde. *Estatísticas de mortalidade. Brasil, 1985*. Brasília (DF); 1988.
8. Gawryszewski VP. *A mortalidade por causas externas no Município de São Paulo, 1991*. São Paulo; 1995. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
9. Fundação SEADE. *O novo retrato de São Paulo: avaliação dos primeiros resultados do censo demográfico*. 2ª ed. São Paulo; 1993.
10. Fundação SEADE. Disponível em URL: <http://www.seade.gov.br> [2000].
11. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação Internacional de Doenças: revisão 1975*. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças/Centro da OMS para Classificação das Doenças em Português; 1980.
12. Mello Jorge MHP. *Investigação sobre a mortalidade por acidentes e violências na infância São Paulo, 1985*. São Paulo; 1988. [Tese de Livre Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP].
13. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª revisão*. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças/Centro da OMS para Classificação das Doenças em Português; 1996.
14. Beeck EF, Mackenbach JP, Looman CWN, Kunst A. Determinants of traffic accident mortality in the Netherlands: a geographical analysis. *Int J Epidemiol* 1991; 20: 698-706.
15. Souza ER. Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública na década de 80. *Cad Saúde Pública* 1994; 10 supl. 1: 45-60.
16. Yunes J. Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. *Bol Oficina Sanit Panam* 1993; 114: 303-15.
17. Bourbeau R. Analyse comparative de la mortalité violente dans les pays développés et dans quelques pays en développement durant la période 1985-1989. *World Health Stat Q* 1993; 46: 4-32.
18. Waldman EA, Mello Jorge MH. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4: 71-9.
19. World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1993*. Geneva; 1994.
20. Rodelgo VC. La importancia sanitaria de los accidentes de tráfico en España. *Rev Sanid Hig Publica (Madrid)* 1989; 63: 19-42.
21. Mello Jorge MHP, Koizumi MS, Gawryszewski VP, Borges VP. Acidentes de moto no final do segundo milênio. *Rev Assoc Bras Acidentes Med Tráfego* 2001; (jan/fevereiro): 53-62.
22. Cassorla RMS. *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Editora Papirus; 1991.
23. Kaplan HI, Sadock BJ. *Compêndio de psiquiatria*. 2a. ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul; 1991.
24. Barros MBA. As mortes por suicídios no Brasil. In: Cassorla RMS. *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Editora Papirus; 1991. p. 17-26.
25. Demetriades D et al. Epidemiology of major trauma and trauma deaths in Los Angeles County. *J Am Coll Surg* 1998; 187: 373-83.
26. United Nations. *Demographic yearbook-1991*. New York; 1992.
27. American Medical Association. Council on Scientific Affairs. Assault weapons as a public health hazard in the United States. *JAMA* 1992; 267 :3067- 70.
28. Cairns E, Wilson R. Northern Ireland: political violence and self-reported physical symptoms in a community sample. *J Psychosom Res* 1991; 35: 707-11.
29. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Reduction in alcohol related traffic fatalities - United States, 1990-1992. *MMWR. Morb Mortal Wkly Rep* 1993; 42: 905-9.
30. Akerman M, Stephens C, Campanario P, Maia PB. Saúde e meio ambiente: uma análise de diferenciais intra-urbanos enfocando o Município de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1994; 28: 320-5.
31. Secretaria Municipal do Planejamento - SEMPLA. *São Paulo: crise e mudança*. São Paulo: Editora Brasiliense; [1991].
32. Panella Nogueira A, Plasencia Taradach A, Borrel Thio C. Mortality by external causes among residents of Barcelona. *Gac Sanit* 1991; 5: 160-8.
33. Assis SG, Souza ER. Criando Caim e Abel: pensando a prevenção da infração juvenil. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4 (1): 131-44.