

HOMICÍDIOS NA POPULAÇÃO MASCULINA DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO – BRASIL

HOMICIDES IN THE MALE POPULATION OF THE SÃO PAULO METROPOLITAN AREA - BRAZIL

HOMICIDIOS EN LA POBLACIÓN MASCULINA DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE SÃO PAULO – BRASIL

Fransley Lima Santos¹
Ricardo Carlos Cordeiro²

Como citar este artigo: Santos FL, Cordeiro RC. Homicídios na população masculina da Região Metropolitana de São Paulo – Brasil. Rev baiana enferm. 2017;31(4):e20263.

Objetivo: descrever a tendência dos homicídios na população masculina residente na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, entre os anos de 1979 e 2013. **Método:** estudo ecológico, exploratório de tendência temporal com descrição da evolução temporal e distribuição espacial dos óbitos por homicídios. Analisou-se as mortes e os coeficientes de mortalidade da população masculina ocorrida na Região Metropolitana de São Paulo decorrentes de homicídios. **Resultados:** as mortes predominaram entre adolescentes e adultos jovens, com aumento a partir dos 14 anos de idade. O coeficiente de mortalidade por homicídios masculinos foi maior do que a média nacional até 2005, invertendo-se a partir desse ano. **Conclusão:** os homicídios na Região Metropolitana de São Paulo tiveram um comportamento peculiar em relação ao Brasil e ao estado de São Paulo até o início de 2005, merecendo um estudo detalhado e minucioso dos eventos que cooperaram para a redução dos homicídios nesta região.

Descritores: Homicídio. Vítimas de homicídio. Violência. Mortalidade. Homens.

Objective: to describe the trend in homicides among male dwellers of the São Paulo metropolitan area between 1979 and 2013. Method: environmental and exploratory study of time trends, with description of the evolution and space distribution of the homicides. We analyzed the deaths and the homicide-related mortality coefficients among the male population of the São Paulo metropolitan area. Results: the deaths prevailed among adolescents and young adults, with an increase after the age of 14. The mortality coefficient for male homicides was higher than the country's average until 2005. After that year, it became lower than the Brazilian average. Conclusion: the homicides in the São Paulo metropolitan area had a peculiar behavior in comparison with Brazil and the state of São Paulo until early 2005, deserving careful and detailed investigation of the events that led to the reduction in the homicides in the area.

Descriptores: Homicide. Victims of homicide. Violence. Mortality. Male population.

Objetivo: describir la tendencia de los homicidios en la población masculina residente en la Región Metropolitana de São Paulo, Brasil, entre los años 1979 y 2013. Método: estudio ecológico, exploratorio de tendencia temporal con descripción de la evolución temporal y distribución espacial de las muertes por homicidios. Fueron analizadas las muertes y los coeficientes de mortalidad de la población masculina ocurrida en la Región Metropolitana de São Paulo.

¹ Enfermeiro. Doutorando em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil. Professor Assistente na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil. fransleylima@gmail.com

² Médico. Professor Titular do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo, Brasil.

Paulo decurrentes de homicidios. Resultados: las muertes predominaron entre adolescentes y adultos jóvenes, con aumento a partir de los 14 años de edad. El coeficiente de mortalidad por homicidios masculinos fue mayor que la media nacional hasta 2005, invirtiéndose a partir de ese año. Conclusión: los homicidios en la Región Metropolitana de São Paulo tuvieron un comportamiento peculiar en relación a Brasil y al estado de São Paulo hasta el inicio de 2005, mereciendo un estudio detallado y minucioso de los eventos que cooperaron para la reducción de los homicidios en esta región.

Descriptor: Homicidio. Víctimas de homicidio. Violencia. Mortalidad. Hombres

Introdução

A violência é considerada qualquer situação em que um indivíduo é destituído do lugar que lhe é de direito como sujeito, através do uso da força física ou qualquer outro elemento de privação. Considerada como parte integrante da história do ser humano, ao longo dos anos a violência tem mudado suas representações, suas percepções e as atitudes dos indivíduos em relação a ela, não sendo permitido abordá-la da mesma forma como anos atrás. Tida como um fenômeno social voltado ao nível das relações sociais, desencadeia forte impacto físico e psicológico, constituindo-se um grave problema para o setor saúde. Diante disso, a violência tornou-se um importante objeto de reflexão entre várias áreas de estudo, como a Saúde Pública, devido ao grave protagonismo em números de morbi-mortalidades⁽¹⁻³⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a violência como sendo o ato intencional de força ou poder, mesmo que seja sob a forma de uma ameaça ou de concretização real, podendo ser frequentemente previsível e passível de prevenção e, dessa forma, os governos podem criar e também acompanhar os planos implementados no sentido de prevenir a violência e seus reflexos na sociedade. A violência encontra em si várias nuances e, nesse contexto, o homicídio constitui a ocorrência mais intensa de sua expressão, sendo definido como a morte ilegal intencionalmente causada a uma pessoa por outra pessoa⁽⁴⁾.

Segundo o *Global Status Report on Violence Prevention*, em sua edição de 2014, há muitos tipos de homicídios, mas nem todos são considerados intencionais. Somente em 2012, cerca de 475 mil pessoas em todo o mundo foram

vítimas de homicídio, compreendendo uma taxa de 6,7 por 100.000 habitantes. Cerca de 60% destes assassinatos foram de homens com idade entre 15 a 44 anos, o que torna o homicídio a terceira principal causa de morte entre homens nessa faixa etária. Os países de baixa e média renda concentraram as maiores taxas de homicídios e estão, em sua maioria, concentrados na região das Américas e no continente africano. As consequências destas mortes nas vidas dos que ficam são feridas de proporções irreparáveis na saúde mental, física, sexual e reprodutiva⁽⁵⁾.

No Brasil, a partir da década de 1980 o coeficiente de mortalidade por homicídios cresceu acentuada e consistentemente na grande maioria das capitais brasileiras, e a região Metropolitana da cidade de São Paulo obteve um notável destaque nesse cenário. Entre os anos de 1979 e 2008 houve um aumento de 352% do número de homicídios nessa região, sendo que a maioria das vítimas eram adolescentes e adultos jovens, grande parte destes do sexo masculino. Na primeira metade dos anos 1970, com sua população girando em torno do 3,8 milhões de habitantes, as taxas de homicídios já registravam entre 5 e 10 casos por 100 mil habitantes⁽⁶⁾.

No ano de 1999, a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados do Estado de São Paulo (Seade) registrou uma taxa de 65 homicídios por 100 mil habitantes, ou seja, somente naquele ano, a cidade de São Paulo registrava 31,67% dos homicídios do país nos quais a maioria eram de negros. No ano 2000 a Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) registrou uma taxa de 63,3 homicídios por 100 mil habitantes enquanto a taxa no Brasil foi de 26,7 por 100 mil habitantes^(7,8).

Segundo o plano estadual de saúde 2012–2015 do estado de São Paulo, os homicídios

ocuparam a terceira causa de morte no ano de 2009 com predominância de homens (5.481 casos) sobre as mulheres (568 casos) preponderando a faixa etária entre os 15 e os 24 anos de idade. Houve, contudo, uma surpreendente mudança desse cenário nessa região entre os anos de 2000 e 2007, observando-se um declínio acentuado do número de óbitos causados por homicídio, estabilizando-se a partir de então⁽⁹⁾.

No âmbito nacional, segundo dados da Metodologia de Gerenciamento de Projetos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datusus), do Ministério da Saúde, no ano de 2011 as mortes por causas externas representaram 8,6% do total de internações no Sistema Único de Saúde (SUS), ocupando a quinta posição entre as principais causas. As maiores taxas de internações motivadas por violência ocorreram entre homens de 20 a 39 anos (89,7 por 10 mil homens) e, entre as mulheres, de 60 e mais anos de idade (74,3 por 10 mil mulheres)⁽¹⁰⁾. No período entre 2002 e 2011, verificou-se um incremento de 19,3% na taxa de internação por agressões desse tipo. Dados como esses contribuem significativamente para a redução da expectativa de vida de adolescentes e jovens, refletindo dramaticamente na qualidade de vida da população⁽¹¹⁾.

O Mapa da Violência de 2014 revelou que no Brasil os homicídios representam a principal causa de morte entre os jovens na faixa etária dos 15 aos 29 anos e ocorrem, sobretudo, entre jovens pretos do sexo masculino, moradores das áreas periféricas das regiões metropolitanas dos grandes centros urbanos⁽¹²⁾.

Constituindo-se, enfim, como uma grave questão de saúde pública, o homicídio atinge todos os níveis da sociedade indiscriminadamente. Além do sofrimento familiar atingindo milhares de pais, esposas, filhos e a própria comunidade onde viviam estes jovens assassinados, a violência acarreta pesada atmosfera de insegurança, medo, mudança dos padrões de vida e violação clara, constante e diária dos seus direitos humanos⁽¹³⁾.

Além da perda humana, a violência gera aos países pesadas despesas em saúde e no Brasil, no

ano de 2007, os custos com despesas com tratamento de saúde advindos da violência representaram 1,9% do Produto Interno Bruto (PIB)^(14,15). A tentativa de assassinato, isto é, quando não vitimiza no ato, deixa a vítima por horas ou dias esperando o seu final. O Fórum Brasileiro de Segurança Pública divulgou em seu Anuário Brasileiro de Segurança Pública que o Brasil investiu no setor um total de 1,26% do PIB no ano de 2013, e para o ano de 2014 esse percentual foi de 1,29%. Nesse mesmo ano, a taxa de homicídios no Brasil foi de 26 óbitos por 100 mil habitantes, com números absolutos de 53.289 homicídios⁽¹⁶⁾.

Ao contrário do que o imaginário comum possa entender, a violência urbana não é justificada pela pobreza. O continente africano abriga as comunidades mais pobres do planeta e não registra casos extremos de violência urbana e, trilhando nesse mesmo raciocínio, as regiões Norte e Nordeste do Brasil iriam registrar os mais altos índices de violência urbana se a pobreza fosse fator preponderante. Porém, nota-se que a violência está mais relacionada à desigualdade social, uma vez que os determinantes sociais exercem um protagonismo importante no cenário da violência urbana, observando-se que o seu ciclo é fortificado pelos cenários de desigualdades no acesso a serviços públicos, tais como atenção à saúde, educação, lazer, cultura e segurança⁽¹⁷⁾.

Dados de uma pesquisa realizada pelo Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade (PRO-AIM), da Prefeitura Municipal de São Paulo, referentes ao ano de 1997, mostraram que os homicídios eram a segunda causa de morte entre os indivíduos com instrução ignorada ou até o primeiro grau e ocupavam a décima posição entre indivíduos que possuíam escolaridade de nível superior⁽¹⁸⁾. Estima-se que um aumento médio de 5% nas taxas de graduação de nível superior possa significar uma considerável redução de 16,5% nas taxas de homicídios^(19,20).

A violência é um produto complexo da relação de elementos das relações humanas, sociais, culturais e ambientais⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, contemplando o comportamento dos índices de

homicídio ocorridos na RMSP com seu aumento exacerbado e posterior declínio e tendo a Saúde Pública como um dos objetivos fundamentais conter as ações que causam dano ou precipitam injúria na população, torna-se relevante a compreensão da expressão dos elementos que condicionaram o comportamento dos homicídios nessa região, o que colaborar como um importante dado para a abordagem e compreensão dessa realidade na Saúde Pública.

O objetivo geral desse trabalho foi descrever a ocorrência de homicídios na população masculina residente da RMSP entre 1979 e 2013. Buscou-se também identificar o coeficiente de mortalidade por homicídios na RMSP segundo idade das vítimas e comparar a tendência temporal dos coeficientes de mortalidade por homicídios na RMSP, no estado de São Paulo, e no Brasil.

Método

Trata-se de um estudo ecológico do tipo exploratório de tendência temporal, no qual se descreveu a evolução temporal e a distribuição espacial dos óbitos por homicídios na RMSP ocorridos no período compreendido entre 1º de janeiro de 1979 e 31 de dezembro de 2013, que abrange 35 anos. O local estudado foi a RMSP, que compreende 38 municípios: Arujá, Barueri, Biritiba-Mirim, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Guarulhos, Itapeverica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Mairiporã, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Santa Isabel, Santana do Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Lourenço da Serra, São Paulo, Suzano, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista. Complementarmente, para contextualizar os achados na RMSP, também foram comparados dados relativos ao Brasil, ao estado de São Paulo e ao Brasil, excetuando o estado de São Paulo.

Foram analisadas as mortes da população masculina das regiões estudadas decorrentes de homicídios estendidos, isto é, mortes cujas causas

básicas eram homicídios, lesões infligidas pela polícia ou lesões de intencionalidade ignorada ou não especificada. Estas causas correspondem aos códigos E960 a E989 na Nona Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-9) e aos códigos X85 a Y35 correspondentes ao capítulo XX – Causas externas de morbidade e de mortalidade – da Décima Revisão da CID (CID-10). Foram excluídos do estudo os óbitos correspondentes aos códigos Y06 (Negligência e Abandono) e Y07 (Outras síndromes de maus tratos). Considerou-se a faixa etária dos indivíduos, na ocasião do óbito, entre 0 a 75 anos.

As fontes das informações sobre os óbitos foram obtidas consultando-se o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde e, para as Regiões Administrativas do município de São Paulo, forma consultados os arquivos do PRO-AIM da Prefeitura Municipal de São Paulo, obtidos na página eletrônica oficial da prefeitura do município de São Paulo⁽¹⁸⁾. As populações fonte desses óbitos foram obtidas consultando-se as bases de dados dos Censos 1980, 1991, 2000 e 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), bem como a Contagem Populacional de 1996⁽²¹⁾. Para os anos intercensitários foram feitas estimativas segundo interpolação por progressão geométrica, e para o ano de 2013 foram utilizadas as populações estimadas, segundo a disponibilidade de dados do IBGE para esse ano.

Após a coleta, os dados foram tabulados e exportados para o *software* SAS 9.4 *for Windows*, onde foram calculados o número absoluto de óbitos masculinos por homicídios estendidos e o coeficiente de mortalidade (por 100.000 residentes masculinos) por homicídios estendidos na população masculina residente da RMSP. Os dados são apresentados em formas de figuras bi ou tridimensionais, sendo estas apresentadas em três eixos ortogonais entre si. As figuras foram produzidas utilizando-se os subprogramas Proc G3GRID e Proc G3D do *software* SAS acima citado. As variáveis representadas nos eixos da base são: idade (faixas unitárias de 0 a 75 anos) e ano-calendário (de 1979 a 2013). No eixo vertical são representados o número absoluto e o

coeficiente de mortalidade em função das variáveis da base. Para complementar os resultados, também foi gerada uma figura mostrando os coeficientes de mortalidade por homicídio estendido da população masculina do Brasil, do estado de São Paulo e do Brasil excetuando-se o estado de São Paulo, entre 1980 e 2012. Para representar os coeficientes de mortalidade por homicídios estendidos entre moradores masculinos de cada um dos 96 Distritos Administrativos do município de São Paulo, ajustou-se uma reta de regressão linear considerando-se o tempo transcorrido entre 2001 e 2006 (variável preditora), e o coeficiente de mortalidade por homicídios estendidos (variável resposta). Definiu-se “tendência linear” da evolução do coeficiente de mortalidade por homicídios masculinos estendidos dos Distritos Administrativos o coeficiente angular obtido nesse ajuste, em cada Distrito Administrativo. O mesmo ajuste foi feito para o município de São Paulo como um todo e definiu-se “tendência linear relativa” a razão entre a tendência linear de cada Distrito Administrativo e a tendência linear do município.

Resultados

Este estudo buscou enfatizar a relevância da análise visual no arsenal analítico epidemiológico.

O simples olhar para as figuras exibidas permite abstrair as principais características da evolução da mortalidade por homicídios entre homens na RMSP nos últimos 35 anos. Percebeu-se na análise dos resultados que os homicídios predominaram entre adolescentes e adultos jovens, sendo particularmente notável o aumento brusco a partir dos 14 anos, cujos limites se espalharam tanto para as menores idades (abaixo dos 18 anos) como, e principalmente, para as maiores (acima dos 30 anos), na última década do século passado. Notou-se também que a evolução apresentou duas tendências: um crescimento contínuo até o ano 2000, seguido de uma queda brusca nos anos seguintes, particularmente intensa entre 2001 e 2006 (Figuras 1 e 2).

Observa-se nas figuras que, até em torno do ano 2000, a partir da quarta década de idade, a incidência parece diminuir o ritmo em que vinha caindo após ter atingido seu pico em meados da segunda década de vida, mantendo-se em níveis preocupantes e chegando mesmo a aumentar sua magnitude nas faixas de idade mais avançadas. Já a partir dos anos 2000 essa tendência desaparece, notando-se uma inclinação à diminuição do risco de homicídios na medida em que idade e ano calendário avançam.

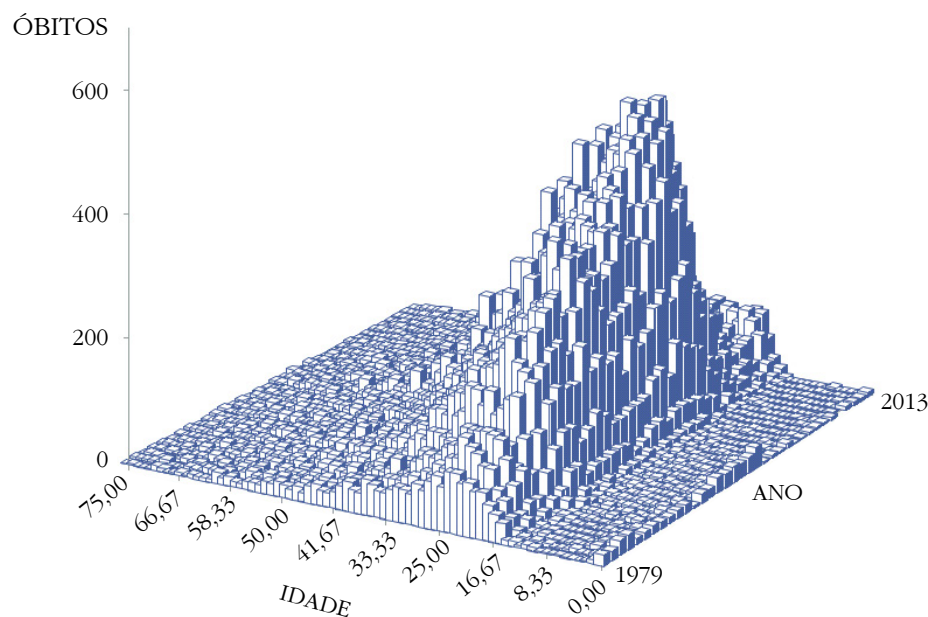


Figura 1 – Óbitos por homicídio estendido na população masculina da Região Metropolitana de São Paulo entre 1979 e 2013, segundo faixa etária.

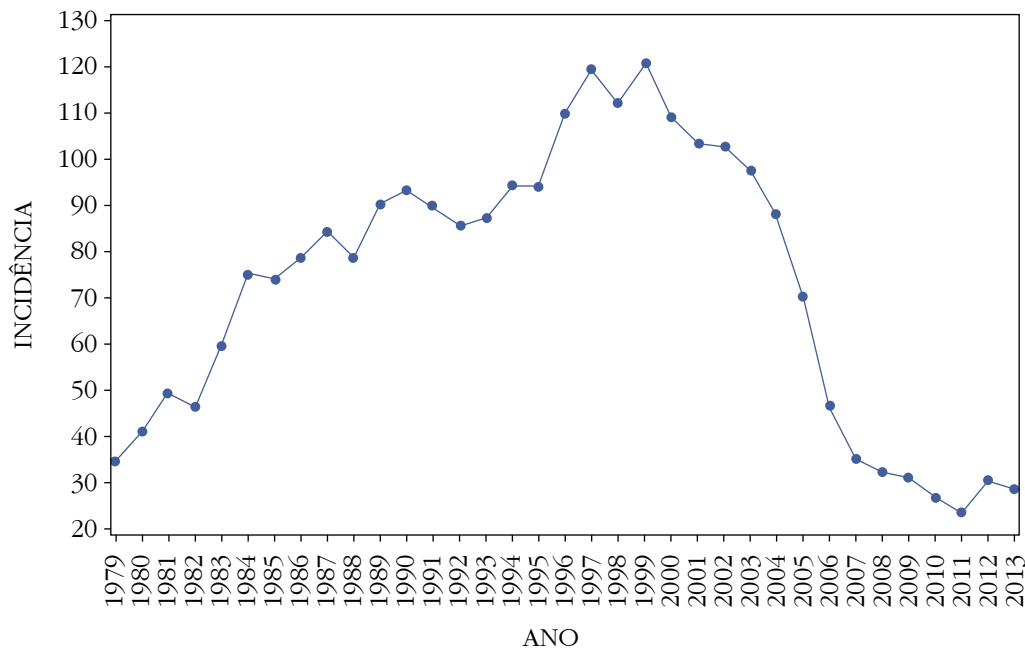


Figura 2 – Incidência de mortalidade por homicídio estendido na população masculina da Região Metropolitana de São Paulo entre 1979 e 2013, por 100 mil habitantes.

A Figura 2 mostra uma construção teórica, ou seja, uma abstração que é o número de homicídios de fato ocorrido ponderado pela população exposta. Como, a partir da quarta década, a base populacional que origina os homicídios diminui mais intensamente que o número absoluto de homicídios, particularmente no século 20, a incidência desacelera a queda que vinha apresentando

anteriormente, chegando mesmo a aumentar, sinalizando que o risco de homicídios aumentou a partir desta idade no período estudado.

A Figura 3 sintetiza a evolução do coeficiente de mortalidade por homicídios estendidos na população masculina da RMSP nos anos analisados. Nela fica muito evidente a inflexão na tendência do coeficiente de mortalidade na virada

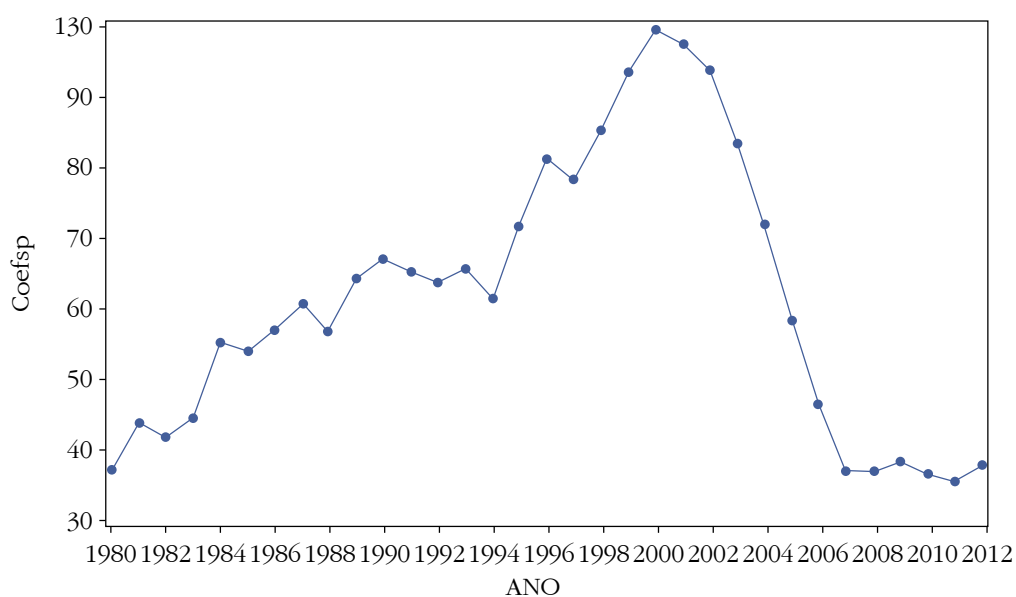


Figura 3 – Coeficiente de mortalidade por homicídio estendido na população masculina do estado de São Paulo entre 1980 e 2012, por 100 mil habitantes.

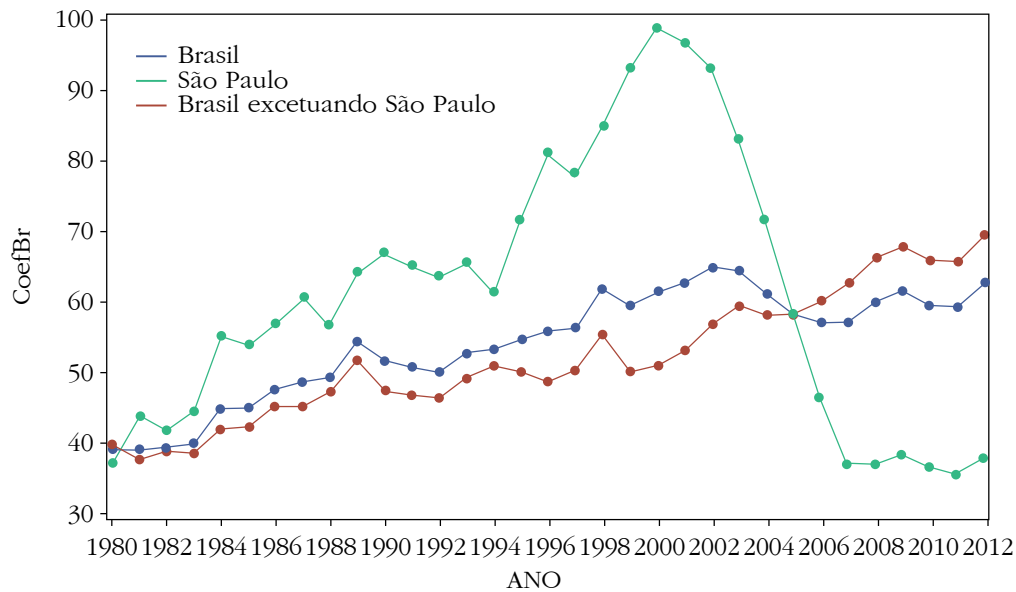


Figura 4 – Coeficiente de mortalidade por homicídio estendido na população masculina do Brasil, na população masculina do estado de São Paulo e na população masculina do Brasil, exceto o estado de São Paulo, entre 1980 e 2012, por 100 mil habitantes.

do século 20. O que este indicador cresceu nas últimas duas décadas do século 20 praticamente decresceu na primeira metade da primeira década do século 21. Não se aplicam intervalos de confiança às incidências aqui apresentadas, uma vez que não se trabalhou com amostras, mas sim com o universo de óbitos da região estudada.

A evolução do coeficiente de mortalidade por homicídios estendidos na população masculina no Brasil, no estado de São Paulo e na RMSF está sintetizada na Figura 4. Possivelmente, a inflexão na tendência de elevação do coeficiente de mortalidade por homicídios estendidos no Brasil observada em 2001, seguida de tendência de queda nos anos imediatamente seguintes, se deve aos dados do estado de São Paulo. De fato, ao retirar este estado da análise, o coeficiente de mortalidade sempre cresceu no período estudado. Esta Figura salienta também que o coeficiente de mortalidade por homicídios masculinos em São Paulo sempre foi maior que a média nacional até meados de 2005, quando essa relação se inverteu.

Neste estudo, a incidência e o número absoluto de óbitos são duas medidas distintas da ocorrência de homicídios, com importância semelhante, mas com implicações diversas. Em epidemiologia, a incidência é uma medida de

excelência uma vez que notifica o fluxo de ocorrência de um fenômeno em um conjunto socialmente definido, sinalizando risco. A noção de que a incidência de homicídios é alta além da quarta década na RMSF e traz um elemento importante para o entendimento global do fenômeno, implicando na necessidade de medidas de prevenção específicas.

Entretanto, há situações em que não apenas se deseja estimar riscos, mas também dimensionar o impacto imediato do fenômeno estudado. Números absolutos satisfazem essa necessidade, pois têm impacto direto e implicações imediatas. Eles são essenciais, por exemplo, para se dimensionar a clientela potencial de um programa específico ou para previsões de gastos em uma rede de saúde.

Discussão

Os dados apresentados sugerem que existe um conjunto de determinantes no estado de São Paulo que o diferencia do restante do país no que diz respeito à evolução dos homicídios na primeira década do presente século. Uma linha de interpretação desses resultados aponta que a redução no estado de São Paulo seja resultante

de uma constelação de fatores: melhoria do nível educacional, especialmente dos jovens; diminuição da população jovem do estado em números absolutos e relativos; política de desarmamento; ampliação do encarceramento de criminosos; melhorias do sistema de segurança pública e aprimoramento das tecnologias utilizadas para o combate à criminalidade⁽²²⁻²⁴⁾.

Por outro lado, acredita-se que há uma organização peculiar do crime no estado de São Paulo onde, diferentemente do restante do Brasil, existe uma nítida centralização da organização e comando de ações criminosas tendo o Primeiro Comando da Capital como protagonista, bem como uma forte preocupação com aspectos econômicos ligados ao tráfico e comercialização de armas e drogas, onde possivelmente estaria a raiz da explicação dessa diferenciação da evolução do coeficiente de mortalidade por homicídios em São Paulo⁽²⁵⁾.

O aumento dos homicídios na RMSP e nas demais regiões metropolitanas do Brasil nas duas últimas décadas do século XX pode estar relacionado também ao cenário social brasileiro presente nesse período como a consolidação do crime organizado em torno do tráfico de drogas, a ação dos grupos de extermínio e até mesmo através da intervenção de militares, tornando-se um ponto fundamental na elevação do índice de homicídio nesse período. Nesse sentido, as ações dos grupos de extermínio servem sobretudo aos interesses ligados ao tráfico de drogas e armas, ou até para os comerciantes, para os quais as maiores vítimas são os jovens, geralmente pretos ou pardos, de baixa renda e pouca escolaridade, que, sem perspectivas sociais, são recrutados para formar as quadrilhas onde mais cedo ou mais tarde também serão alvos de extermínio por uma quadrilha rival^(4,23-25).

Quando se analisa a redução da taxa de homicídios nas áreas estudadas, deve-se analisar os fatores intrínsecos que colaboraram para tal fenômeno. Uma provável explicação para a redução das taxas de homicídios consiste no efeito do próprio crescimento da taxa de homicídios, levando também em consideração a forte participação das organizações criminosas e tendo o Primeiro Comando da Capital (PCC) como seu protagonista. Com a omissão durante anos das instituições de segurança pública e

diante da caótica situação social vivenciada pela comunidade, foi possível propiciar mecanismos que possibilitaram o aumento dos homicídios fazendo com que o poder público tomasse, enfim, medidas energéticas para frear os crescentes assassinatos⁽²⁵⁾.

Conclusão

O estudo possibilitou avaliar que houve um recrudescimento dos homicídios do início do período avaliado até meados dos anos 2000, seguindo de uma queda brusca nos anos subsequentes, sobretudo entre os anos de 2001 a 2006. Para o total de mortes desse período, houve predominância de adolescentes e adultos jovens, com um aumento considerável a partir dos 14 anos de idade.

O comportamento peculiar dos homicídios na RMSP determinado pelo coeficiente de mortalidade em relação ao Brasil e ao estado de São Paulo até meados do ano de 2005 é um fenômeno que merece ser estudado detalhadamente, avaliando minuciosamente os eventos que colaboraram para a queda dos homicídios nesta região.

Colaborações:

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Fransley Lima Santos, Ricardo Carlos Cordeiro.
2. redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Fransley Lima Santos, Ricardo Carlos Cordeiro.
3. aprovação final da versão a ser publicada: Fransley Lima Santos.

Referências

1. Minayo MCS. Violência e educação: Impactos e tendências. *Rev Pedagógica*. 2013 [cited 2016 Oct 25];15(31):249-264. Available from: <https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/pedagogica/article/view/2338/1413>
2. Souza ER, Melo NA, Silva JG, Franco SAF, Alazraqui M, González-Pérez GJ. Estudo multicêntrico da mortalidade por homicídios em países da América Latina. *Cienc Saúde Coletiva*. 2012 [cited 2016 Oct 25];17(12):3183-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/04.pdf>

3. Wieviorka MF. Classical Terrorism to 'Global' Terrorism. *IJCV*. 2007 [cited 2016 Nov 15];1(2):92-104. Available from: <http://www.ijcv.org/index.php/ijcv/article/view/9/9>
4. Organização Mundial de Saúde – OMS. World report on violence and health. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2002 [cited 2016 Ago 13]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/em/
5. Organização Mundial de Saúde – OMS. United Nations Office on Drugs and Crime. Global status report on violence prevention - 2014. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2014 [cited 2016 Ago 13]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/
6. Cordeiro R, Donalisio MRC. Homicídios masculinos na Região Metropolitana de São Paulo entre 1979 e 1998: uma abordagem pictórica. *Cad Saúde Pública*. 2001 [cited 2016 Ago 13];17(3):669-677. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n3/4649.pdf>
7. São Paulo (Estado). Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Causas de morte no estado de São Paulo: morrem mais brancos por causa naturais e negros por motivos externos. São Paulo; 2006 [cited 2016 July 28]. Available from: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/idr/download/mortalidade.pdf>
8. Andrade LT, Diniz AMA. A reorganização espacial dos homicídios no Brasil e a tese da interiorização. *Rev Bras Est Pop*. 2013 [cited 2016 Nov 15];30(1 Suppl 1):171-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v30s0/11.pdf>
9. Teixeira JMC, Portas SLC, Vallim S, Rodrigues JD-VMEL, organizadores. Plano estadual 2012-2015. São Paulo: Secretaria da Saúde; 2012 [cited 2016 Oct 25]. Available from: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-emsaude/plano-estadual-de-sau-de-2012-2015-sessp/pes_2012_2015.pdf
10. Ministério da Saúde (BR). Sistema de informações sobre mortalidade - 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2016 Ago 25]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/obtmap.htm>
11. Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan: Brasil, 2011. *Bol Epidemiol*. 2013 [cited 2016 Nov 25];44:(9). Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidemiologico_numero_9_2013.pdf Era Ministério da Saúde
12. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil. Rio de Janeiro: Flacso do Brasil; 2014 [cited 2016 Dec 1]. Available from: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf
13. Nórte CE. As vítimas da violência: entre discursos científicos e biopolíticas do contemporâneo. *Psicol Soc*. 2015 [cited 2016 Dec 15]; 27(1). Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n1p169>
14. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Cienc Saúde Coletiva*. 2007 [cited 2016 Dec 15];11(1 Suppl 1):1163-78. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf>
15. Cerqueira DRC, Carvalho AX, Lobão WJA, Rodrigues RI. Análise dos custos e consequências da violência no Brasil. *Desafios Desenvolv*. 2007 [cited 2016 Ago 2];35(1):30-6. Available from: http://www.ipea.gov.br/desafios/images/stories/PDFs/desafios035_completa.pdf
16. São Paulo (Estado). Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário brasileiro de segurança pública de 2015. São Paulo; 2015 [cited 2016 Ago 2]. Available from: http://www.forumseguranca.org.br/storage/9_anuario_2015.retificado_.pdf
17. Peres MFT, Cardia N, Neto PM, Santos PC, Adorno S. Homicídios, desenvolvimento socioeconômico e violência policial no município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2008 [cited 2016 Oct 25];23(4):268-76. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v23n4/v23n4a07.pdf>
18. São Paulo (Município). Programa de aprimoramento das informações sobre mortalidade. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2016 [cited 2016 Oct 25]. Available from: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/sau/epidemiologia_e_informacao/mortalidade/index.php?p=29586
19. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2013: mortes matadas por armas de fogo. Brasília; 2013 [cited 2016 Oct 2]. Available from: http://mapadaviolencia.org.br/pdf2013/MapaViolencia2013_armas.pdf
20. Gonzalez A. Education: the secret to crime reduction? [thesis]. New York University; 2015 [cited 2016 Nov 25]. Available from: <https://as.nyu.edu/content/dam/nyu-as/politics/documents/Gonzalez.pdf>

21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censos 1980, 1991, 2000, 2010 [cited 2017 Sep 12]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao
22. Mendes JDV. Mortalidade no estado de São Paulo em 2010. Bol Electr Grupo Técnico de Avaliação Informações de Saúde – GAIS. 2001 [cited 2016 Oct 25];3(11). Available from: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaque/gaisinforma/jornal_gais_novembro_2011.pdf.23
23. Camargo ABM. Mortes por causas violentas no estado de São Paulo: a influência das agressões. São Paulo em Perspectiva. 2007 [cited 2016 Oct 25];21(1):31-45. Available from: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v21n01/v21n01_03.pdf
24. Waiselfisz JJ. Mapa da violência dos municípios brasileiros. Brasília, DF: RITLA; 2008 [cited 2016 Oct 25]; (1):1-199. Available from: http://www.mapadaviolencia.org.br/publicacoes/Mapa_2008_municipios.pdf
25. Feltran GS. Governo que produz crime, crime que produz governo: o dispositivo de gestão do homicídio em São Paulo 1992-2011. Rev Bras Seg Pública. 2012 [cited year Month Day];6(2):232-255. Available from: <http://revista.forumseguranca.org.br/index.php/rbsp/article/view/118/115>

Recebido: 14 de novembro de 2016

Aprovado: 16 de outubro de 2017

Publicado: 20 de dezembro de 2017