

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VÍTIMAS DE MORTE VIOLENTA NA GRANDE CUIABÁ

André Sankiti Koike¹
Andréa Guimarães Colucci²
Renato Cavalcante Gomes³
Maristela da Silva Andreoni⁴
Ageo Mário Cândido Silva⁵
Paulo Luiz Batista Nogueira⁶

RESUMO

A violência crescente nos centros urbanos, acometendo a população mais economicamente ativa mostra o grande desafio na atual conjuntura da segurança pública em nosso país. Dessa forma, foi realizado uma análise epidemiológica descritiva transversal do perfil de morte violenta de Cuiabá e região (Grande Cuiabá). Foram utilizados 486 prontuários de necropsia de vítima de morte violenta do Instituto Médico Legal de Cuiabá (IML), no período de 2014 a 2015. Adultos entre 20 e 49 anos, cútis parda e do sexo masculinos foram as principais vítimas de morte violentas. Sobressaiu-se as mortes em vias públicas 64,6%, a energia mecânica foi responsável por 92,6% das mortes violentas. Quanto a causa mortis notou-se que traumatismo crânio-encefálico (TCE) e choque hipovolêmico correspondiam a 74,4% das vitimas. Conclui-se que adultos pardo do sexo masculino em idade produtiva são as principais vitimas por morte violenta na Grande Cuiabá, evidenciando um grave problema social.

Palavras-chave: homicídios, violência urbana, segurança pública.

¹ Discente do curso de Medicina do Centro Universitário de Várzea Grande- Univag

² Discente do curso de Medicina do Centro Universitário de Várzea Grande- Univag

³ Discente do curso de Medicina do Centro Universitário de Várzea Grande- Univag

⁴ Docente do curso de Medicina do Centro Universitário de Várzea Grande- Univag

⁵ Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Várzea Grande- Univag

⁶ Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Várzea Grande- Univag

ABSTRACT

The increasing violence in urban centers, affecting the most economically active population shows the greatest challenge in the current situation of public security in our country. Thus, a cross-sectional descriptive epidemiological analysis of violent death profile Cuiaba and region was performed. We used 486 records of violent death victim necropsy of the Legal Medical Institute of Cuiabá (IML) in the period from 2014 to 2015. Adults between 20 and 49 years old, brown skin and male sex were the main victims of violent death. deaths stood out on public roads 64.6 %, the mechanical energy accounted for 92.6 % of violent deaths . As the cause of death was noted that traumatic brain injury (TBI) and hypovolemic shock accounted for 74.4 % of the victims. It is concluded that brown adult males of working age are the main victims of violent death in Cuiabá, showing a serious social problem.

Keywords: Murders, urban violence, public safety

INTRODUÇÃO

Segundo dados do Ministério da Saúde (2005) as ditas causas externas são responsáveis pela terceira causa de óbito na população brasileira. Destaca-se a maior ocorrência destes eventos entre homens jovens e negros, e ainda o crescente aumento das taxas de mortalidade desde a década de 1980 e sua disseminação em determinadas regiões do país.

Dados do DATASUS revelam que em 2003 a taxa de mortalidade por causas externas nas capitais brasileiras variou de 53,8 a 120,1 por 100 mil habitantes. Entre as 27 capitais, sete delas apresentaram taxas de mortes por causas externas maiores que 90/100 mil habitantes sendo elas: Porto Velho, Boa Vista, Macapá, Recife, Vitória, Rio de Janeiro e Cuiabá.

A análise por regiões da federação feita por Waiselfisz (2011) indica que a Região Norte foi aquela que apresentou o maior crescimento nas taxas de homicídio entre 2000 e 2010 (100,9%), revelando que este incremento se deu de forma generalizada na região. Da mesma forma, na região nordeste grande parte dos municípios do interior dos estados experimentaram aumento nas taxas de homicídio.

Sendo que o Nordeste apresentou no seu conjunto substantivo crescimento de 76,4% na manifestação homicida (WAISELFISZ, 2011).

Conforme destacam Souza e Lima (2007), dentre as mortes por causas externas específicas, as agressões (homicídios) e os acidentes de transportes apresentaram, no ano de 2003, as maiores taxas de morte: 28,9 e 19,0 por 100 mil habitantes, respectivamente. Com relação a estes dados, segundo a análise de Lima et al., (2005) e Cruz (1996) verifica-se a ocorrência de importantes diferenças entre as capitais brasileiras no que se refere às taxas de homicídio. As causas destas divergências podem ser explicadas, hipoteticamente, a partir de indicadores socioeconômicos principalmente o que se refere à desigualdade de renda.

Para Pinheiro (2003), a violência urbana corrompe e deprecia a função das cidades, além de esgotar os escassos recursos públicos e dizimar vidas.

Assim, na última década a questão da segurança pública passou a ser vista como o principal desafio ao estado de direito no Brasil. Toda a problemática relacionada com o incremento nas taxas de criminalidade, mortalidade por causas externas, sensação de insegurança e impunidade especialmente nas capitais e regiões metropolitanas junto as dificuldades frente às reformas institucionais da administração da justiça criminal e do processo de investigação criminal e a degradação das condições de internação dos jovens infratores somam grandes desafios na atual conjuntura da segurança pública em nosso país (SANTOS, 2009).

A necessidade de buscar explicações para compreender a onda de violência que assola as cidades brasileiras mostra que é preciso trabalhar na interseção das teorias da exclusão social, do crime organizado e do quadro institucional e cultural em que a criminalização do uso de drogas se insere no Brasil. Além disso, fatores como o desemprego, a desestruturação familiar, o sentimento de frustração e uma busca desenfreada de padrões sociais e econômicos apresentados como exclusivamente aceitáveis em um mundo de consumo, os quais estão cada vez mais em evidência, principalmente nos grandes centros urbanos, segundo estudiosos, acabam por contribuir para a delinquência e a violência (SOUZA, LIMA; 2007, LIMA et al 2005).

Dessa maneira, o objetivo desse trabalho foi identificar as características demográficas e aspectos peculiares das vítimas de morte violenta na Grande Cuiabá a fim de colaborar com dados estatísticos que enriqueçam a pesquisa na área e fomentem medidas públicas de saúde e segurança da população.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo do tipo transversal em que foram obtidas informações no Instituto Médico Legal de Cuiabá (IML), a partir dos prontuários de necropsia de vítimas de morte violenta, que ocorreram entre janeiro e agosto de 2014.

Os seguintes dados dos prontuários de necropsias das vítimas de morte violenta foram analisados: causas do óbito, acidente, homicídio ou suicídio, mês, horário, identificação, cidade onde ocorreu a morte, local de ocorrência, sexo, idade, biótipo, cabelos, cútis, coloração dos olhos, sinais tanatoscópicos de morte, situação geral do corpo, tempo de morte, tipo de morte, causa jurídica, energia causadora do dano (instrumento ou meio lesivo), tipo de energia, exame de cavidades corporais, segmento corporal, exames complementares, causa mortis e condições especiais. Foram excluídas da pesquisa as mortes por causas naturais.

Posteriormente as causas jurídicas da morte foram subdivididas em homicídios e outras causas, onde foram incluídas as causas acidentais. Nesta etapa utilizou-se homicídio como variável resposta e as demais como variáveis explicativas a fim de proceder à análise estatística e traçar um perfil dos homicídios ocorridos dentro da amostra analisada.

Foram utilizados dados de 486 prontuários de necropsias, os quais foram digitados no programa Epi-Info 2000 versão 3.5.1 e posteriormente foram realizadas análises descritiva, bivariada e múltipla através dos programas Epi-Info™ 7 e SPSS for Windows versão 18.0.

Na análise bivariada foram identificadas as associações brutas entre as variáveis independentes e a variável dependente (homicídio) através do cálculo da razão de

prevalência (RP) e respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%). Para o cálculo da significância estatística da associação utilizou-se o teste de Qui-quadrado para Razão de Prevalência com intervalo de 95% de confiança pelo método de Mantel-Haenszel (IC 95%), ou teste exato de Fisher quando indicado.

Finalmente, foi realizada a análise múltipla através da Regressão de Poisson, sendo incluídas todas as variáveis que apresentaram associações com p-valor <0,20 a partir das análises bivariadas, utilizando-se o método de retirada progressiva das variáveis (stepwisebackward). No modelo final foram mantidas as variáveis com nível de significância menor ou igual a 0,05. Após finalização das análises estatísticas foram construídas tabelas e os resultados discutidos.

RESULTADOS

Analisando-se os dados obtidos dos 486 laudos utilizados na pesquisa, observou-se que das necropsias realizadas por morte violenta no IML de Cuiabá (tabela 3), 89% das vítimas eram do sexo masculino, 68,1% pertenciam à faixa etária de 20 a 49 anos e 63,2% tinham cútis parda. Além disso, 64,6% das mortes ocorreram em vias públicas, a energia causadora da morte foi a mecânica em 92,6% dos casos e no tocante à causa mortis verificou-se que estas ocorreram em 74,4% das vezes devido a traumatismo crânio-encefálico (TCE) e choque hipovolêmico. Quanto à localidade, observou-se que 56% das mortes ocorreram na cidade de Cuiabá e em 45,1% dos casos o tipo de energia envolvida foi a contundente.

Na análise bivariada (tabela 2) observou-se que, indivíduos do sexo masculino (RP= 1,69; IC 95% 1,15-2,5), com idade de até 29 anos (RP= 1,43; IC 95% 1,22-1,70) e pertencentes à etnia não branca (RP= 1,27; IC 95% 1,03-1,58) tiveram morte violenta por homicídio preponderante na amostra analisada.

Com relação ao local e cidade de ocorrência da morte, a via pública (RP= 1,29; IC 95% 1,07-1,56), Cuiabá (RP= 2,08; IC 95% 1,04-4,15) e Várzea Grande (RP=2,25; IC 95% 1,14-4,56) foram os achados mais prevalentes na ocorrência de morte por homicídio.

Na variável causa mortis houve prevalência significativa de mortes violentas por choque hipovolêmico (RP=1,99; IC 95% 1,44-2,75) e TCE (traumatismo crânio encefálico) (RP=1,56; IC 95% 1,11-2,20), sendo que das mortes registradas por essas causas 75,1% e 50,1%, respectivamente, estiveram associadas à causa jurídica homicídio. A análise da condição relacionada à morte revelou que em 99,1% dos casos em que a injúria que levou ao óbito foi ocasionada pela utilização de arma branca ou projétil de arma de fogo, a causa jurídica da morte foi o homicídio.

Na (tabela 1) encontram-se os resultados do modelo final de Poisson. Mantiveram-se associados aos casos de morte violenta, que foram laudados no IML, o sexo (RP= 1,577; IC= 1,075-2,313), a faixa etária (RP= 1,386; IC= 1,178-1,629), a energia causadora da morte (RP= 3,118; IC= 1,482-6,558), a cútis (RP= 1,226; IC= 1-1,504), a cidade (RP=1,252; IC= 1,095-1,431) e o local (RP= 1,111; IC= 0,928-1,329).

Tabela 1: Regressão múltipla de Poisson para morte violenta (n= 486).

	RP (95%)	P valor
Sexo	1,577 (1,075-2,313)	0,020
Faixa etária	1,386 (1,178-1,629)	0,000
Energia	3,118 (1,482-6,558)	0,003
Cútis	1,226 (1,000-1,504)	0,050
Cidade	1,252 (1,095-1,431)	0,001
Local	1,111 (0,928-1,329)	0,252

a Razão de prevalência.

1 Pardo e preta

2 Hospital, zona rural, residência,

4 Físico, físico químico, biodinâmico

5 Asfixia mecânica, choque séptico, sepse, traumatismo raqui medular, traumatismo torácico, poli traumatismo, hemorragia intra craniana, tamponamento, eletrocussão.

Tabela 2: Perfil epidemiológico das vítimas por morte violenta: razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança (IC 95%) em relação às variáveis selecionadas. Grande Cuiabá, 2014 (n=486).

Variáveis		Prevalência de mortes por homicídio		
Sociodemográficas				
n/N	% RP ^a bruto(IC95%)	Valor de p		
Sexo				
Feminino	18/54	33,3	1,00	
Masculino	244/432	56,5	1,69(1,15-2,5) 0,001	
Faixa etária (anos)				
>30	110/248	44,4	1,00	
Até 29	152/238	63,9	1,44(1,22-1,70) < 0,001	
Etnia/Cor				
Branca	55/123	44,7	1,00	
Demais ¹	207/363	57,0	1,27 (1,03-1,58) 0,0180	
Local				
Demais ²	78/172	16,2	1,00	
Via pública	184/314	58,6	1,29(1,07-1,56) < 0,005	
Cidade				
Demais ³	7/35	20	1,00	
Cuiabá	145/272	53,3	2,08(1,04-4,15) 0,017	
Várzea Grande	110/179	61,5	2,25(1,14-4,56) 0,006	
Energia				
Demais ⁴	6/37	16,2	1,00	
Mecânica	256/449	57,0	3,51(1,68-7,34)	
Causa mortis				
Outros ⁵	34/124	27,4	1,00	
TCE	92/181	50,1	1,56(1,11-2,20) 0,007	
Choque hipovolêmico	136/181	75,1	1,99 (1,44-2,75) <0,001	
Condição				
Outros ⁵	33/255	12,9	1,00	
Arma branca/Projétil	229/231	99,1	7,66(5,57-10,53) <0,001	

Tabela 3 Perfil epidemiológico das vítimas por morte violenta da Grande Cuiabá em 2014 (n= 486)

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	432	89,0%
Feminino	54	11,0%
Faixa etária		
Até 19	67	13,8%
20 A 49	331	68,1%
50 A 69	71	14,6%
70 ou mais	17	3,5%
Cutis		
Pardo	307	63,2%
Branco	123	25,3%
Preto	56	11,5%
Local		
Via pública	314	64,6%
Hospital	111	22,8%
Zona rural	12	2,5%
Residência	33	6,8%
Outros	16	3,3%
Energia		
Mecânico	450	92,6%
Físico	7	1,4%
Físico-químico	23	4,7%
Biodinâmico	6	1,2%
Causa mortis		
Asfixia Mecânica	29	6%
Choque Hipovolêmico	181	37,20%
Choque Séptico	11	2,3%
Outros ²	63	13%
TCE	181	37,20%
TRM	21	4,30%
Cidade		
Cuiabá	272	56,0%
Várzea Grande	179	36,8%
Outras ³	35	7,20%
Tipo de energia		
Contundente	219	45,1%
Perfurocontundente	191	39,3%
Perfurocortante	35	7,2%
Outros ⁴	41	8,4%

2 Eletrocussão, hemorragia intracraniana, insuficiência respiratória aguda, poli traumatismo, sepse, tamponamento, traumatismo torácico.

ISSN 1980-7341

3 Distrito de Iguaçú, Jangada, Nossa senhora do livramento, Rosário do oeste, Santo Antônio de Leverger.
4 Eletrecidade, cortante, cortocontundente, eletricidade, calor, sufocação direta / indireta, enforcamento, estrangulamento, esganadura, séptico e obstrutivo.

DISCUSSÃO

Em 2014, pesquisa publicada pelo nono Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2015), certificou que quase 60.000 pessoas foram assassinadas em nosso país (FBSP, 2015). Diante destas alarmantes estatísticas entende-se a casuística do homicídio como um dos maiores desafios atuais para a saúde pública, tanto pelo elevado número de vítimas como por sua magnitude social (MELLO; CASCÃO; SILVA, 2003).

A violência urbana vem incrementando as taxas de mortalidade por causas externas no Brasil, o qual já enfrentou problemáticas complexas como a mortalidade infantil e a fome, e, no entanto mostra-se inerte frente à calamidade dos homicídios (ABRAMOVAY, 2015).

Como mostraram os resultados deste estudo, as mortes violentas atingem desproporcionalmente os homens, de raça não branca, adolescentes e adultos jovens e distribuem-se em diferentes espaços intraurbanos; fatos estes observados por estudos transversais e inquéritos postos na literatura nacional desde a década de 80 e reiterados por Caiaffa et. al (2005), Gawrzeszewski (2005), Hughes (2004) e Drumond (1999).

Tendo em vista os resultados apresentados pelo presente estudo, em que 89% das vítimas de morte violenta por homicídio pertenciam ao sexo masculino, se faz necessária a discussão a cerca da questão do gênero dada intensidade com que a violência vem dizimando a população deste sexo em nosso país. Para tanto, segundo análise de Cecchetto (2004), é preciso compreender as intrincadas relações entre juventude, masculinidade e violência. Posto que a mortalidade masculina é uma manifestação também observada em outras sociedades e que traz sérias consequências na estruturação econômica, social e familiar, principalmente em relação aos adolescentes e adultos jovens nos quais se concentram as maiores taxas de homicídios.

Paralelamente à questão do sexo e da faixa etária, os dados obtidos concordam com a já observada prevalência de mortes violentas por homicídios na população não branca. Tal fato é corroborado por outros autores como Souza e Lima (2007) e pela pesquisa intitulada Mapa da Violência – Os novos padrões da violência homicida no

Brasil (WASELFISZ, 2012). Com relação a isso, indicações de que a distribuição desigual de riquezas e recursos sociais (educação, saúde, saneamento) entre brancos e negros, no Brasil, acaba provocando também desigualdade na distribuição da morte violenta (SOUZA; LIMA, 2007).

A variável causa mortis se correlaciona diretamente com a energia que produziu o dano à vítima. A chamada causa básica da morte, é definida na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) como “I) a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou II) as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal” (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2008).

Neste estudo os resultados apontaram para a ocorrência predominante de homicídios envolvendo energia mecânica (57%) em que se sobressaíram majoritariamente os instrumentos perfurocontundentes, especificamente por projétil de arma de fogo (PAF), e instrumentos perfurocortantes, representados pelas armas brancas. Estes dois instrumentos somados corresponderam a 99,1% dos meios lesivos que provocaram morte por homicídio na amostra coletada.

O Ministério da Saúde/DATASUS por meio do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) divulgou em 2013 dados nacionais que demonstram a mesma tendência encontrada na Grande Cuiabá, elencando que os instrumentos utilizados nas mortes por agressão no Brasil e Unidades da Federação, foram na ocasião assim dispostos: 64% das mortes violentas por PAF e 24% por arma branca, sendo os demais 12% não especificados pela pesquisa.

Os números divulgados pelo ‘Atlas da Violência 2016’, estudo realizado em conjunto pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), mostraram que na capital Mato Grossense ocorreram 47,4 mortes violentas para cada 100 mil habitantes em 2014, ranking que coloca a cidade em nono lugar entre as cidades mais violentas da Federação. Dessa forma sugerindo concordância com os achados deste estudo em que 53,5% das mortes violentas ocorridas em Cuiabá no ano de 2014 foram enquadrados na causa jurídica de homicídio.

Frente a esse achado, Procópio (1999) discute que a espacialização das mortes por homicídios vista em capitais brasileiras se entrelaça a determinantes comuns que atinge outros espaços sociais que não as capitais e regiões metropolitanas. Tal fato se refere justamente à conexão interna entre as diversas cidades do país e de suas capitais com as redes internacionais do tráfico de drogas, armas, pessoas, animais entre outros. Dessa forma, articuladas em torno de atividades ilegais, essas redes com suas rotas já bem estabelecidas têm se constituído como um processo social potencializador de homicídios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência no Brasil é, atualmente, um grave problema social, cujo enfrentamento pede a criação de mecanismos de gestão intersetoriais e políticas públicas integradas.

Assim, mesmo que se pretenda tomar a violência como problema de saúde pública, defronta-se com a complexidade de sua abordagem, uma vez que, a violência tem raízes em determinações múltiplas e inter-relacionadas que atravessam objetos de diferentes setores da sociedade. A essas dificuldades soma-se a falta de acesso de informações, o que muitas vezes impede o conhecimento do problema e a orientação de intervenções. Deve-se por isso, buscar a melhoria da qualidade das informações, tantas vezes apontada como estratégica para o conhecimento mais aprofundado do problema. Para isso é fundamental um amplo trabalho junto aos institutos de medicina legal para destacar sua importância na correta descrição e detalhamento nos laudos de necropsia, sobretudo nas declarações de óbito para que possam servir de subsídio em estudos sobre o tema e, assim, contribuir para fomentar discussões e estratégias em segurança pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVAY, P. **Um pacto para vencer nossa maior tragédia desde a escravidão.** In 9º Anuário Brasileiro de Segurança Pública, editado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Ano 9, p. 20-21, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Análise de morte violenta segundo raça/cor:** acidentes por transporte terrestre e análise da tendência da morte violenta: acidentes por transporte terrestre. In: Ministério da Saúde. Saúde Brasil. 2005, Brasília: MS.

CAIAFFA, W.T., et al. The urban environment from the health perspective: the case of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v.21, n.3, p.958-67, 2005.

CECCHETTO, F.R. **Violência e estilos de masculinidade.** Rio de Janeiro: Ed. FGV; 2004.

CERQUEIRA, D.R.C et al. **Atlas da violência 2016.** Brasília: Ipea e FBSP (Fórum Brasileiro de Segurança Pública), Nota Técnica nº 17, 2016.

CRUZ, O.G. **Homicídios no Estado do Rio de Janeiro:** análise da distribuição espacial e sua evolução [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1996.

DRUMOND, J.M. Homicídios e desigualdades sociais na cidade de São Paulo: uma visão epidemiológica. **Saúde Soc.** v.8, n.1, p.63-81, 1999.

GAWRSZEWSKI, V.P; COSTA, L.S. Homicídios e desigualdades sociais no Município de São Paulo. **Rev Saúde Pública.** V.39, n.2, p.191-7, 2005.

HUGHES, P.J. **Segregação socioespacial e violência na cidade de São Paulo:** referências para a formulação de políticas públicas. São Paulo, v.18, n.4, p.93-102, 2004.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M.H.; GOTLIEB, S.L.D. Mortalidade segundo causas: considerações sobre a fidedignidade dos dados. **Rev Panam Salud Publica,** v.23, n.5, p. 349-56, 2008.

LIMA, M.L.C, et al. Análise espacial dos determinantes socioeconômicos dos homicídios no Estado de Pernambuco. **Revista de Saúde Pública,** v.39, p. 176-81, 2005.

MALTA, D.C, et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p.47-65, 2006.

MELLO JORGE, M.H.; CASCÃO, A.M.; SILVA, R.C. **Acidentes e Violências: um guia para o aprimoramento da qualidade de sua informação**. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, Faculdade de Saúde Pública- USP; 2003.

PROCÓPIO, A. **O Brasil no mundo das drogas**. Petrópolis: Vozes; 1999.

SOARES BAC, SCATENA JHG, GALVÃO ND. Acidentes e violências na Grande Cuiabá: o que retrata a demanda dos serviços de emergência. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2009, 18 (3): 265-276.

SOUZA, E.R.; LIMA, M.L.C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p.1211-1222, 2007.

WAISELFISZ, J.J. **Mapa da Violência 2012**: Os novos padrões da violência homicida no Brasil. Brasília, Ministério da Justiça, Instituto Sangari. 2011.

PINHEIRO, PS. **Violência urbana**. São Paulo: Publifolha, 2003.

SANTOS, IR. Aspectos da violência urbana. **Cadernos de Ciências Sociais Aplicadas**, n. 5/6, p. 237-250, 2009.