

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**HOMICÍDIOS NO ESTADO DA BAHIA E SEUS DETERMINANTES  
SOCIOECONOMICOS.**

**HENIKA PRISCILA LIMA SILVA**

**JEQUIÉ/BA  
2012**

**HENIKA PRISCILA LIMA SILVA**

**HOMICÍDIOS NO ESTADO DA BAHIA E SEUS DETERMINANTES  
SOCIOECONOMICOS.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para obtenção do título de Mestre.

**Linha de Pesquisa:** Vigilância à Saúde

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriana Alves Nery

**Co-orientador:** Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti

**JEQUIÉ/BA  
2012**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

S58 Silva, Henika Priscila Lima.

Homicídios no estado da Bahia e seus determinantes socioeconômicos/ Henika Priscila Lima Silva Jequié, 2012.

80p.: il.; 30cm.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2012.

Orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriana Alves Nery, Co-orientador: Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti.

1. Violência 2. Homicídios 3. Fatores Socioeconômicos 4. Análise Estatística

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

SILVA, Henika Priscila Lima. **Homicídios no Estado da Bahia e seus determinantes socioeconômicos**. 2012. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

### **Banca Examinadora**

---

**Profª. DSc. Adriana Alves Nery**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB  
Orientadora e presidente da banca examinadora

---

**Profª. DSc. Djanilson Barbosa Dos Santos**

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

---

**Profª. DSc. Edgard Michel Crosato**

Universidade de São Paulo - USP

Jequié/BA, 11 de Dezembro de 2012.

*Ao meu grande incentivador e **adorado avô** por ter  
acreditado e investido em mim...*

*A todos aqueles que direta ou indiretamente foram  
**vítimas da violência...***

## AGRADECIMENTOS

*Não há como não agradecer àquele que me conduziu por este longo caminho cheio de intempéries, que me sustentou e encheu de forças nos momentos de fraqueza... A ti Senhor Deus, seja dada toda honra e toda glória!*

*À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo apoio educacional e financeiro.*

*À minha família, meu alicerce vivo, o meu mais profundo agradecimento (Dika, Dona Rai, Pati, Tuca, Duda, Davi e Vó Dami)...*

*Ao meu paciente companheiro e amigo Carlos Godinho, por todas as vezes que me compreendeu, mesmo quando eu não merecia...*

*Às meninas, que além de apoio e carinho, me deram abrigo por tantas vezes, minhas queridas: Poli, Cássia, Péu e Débora.*

*A Aline Mara, que conduziu a clínica e me suportou nos momentos de estresse...*

*A Neilma, funcionária e grande amiga de todos que passaram pelo PPGES...*

*A todos os professores que fizeram parte da construção do meu saber ao longo dessa jornada, em especial ao meu GRANDE AMIGO Cléber de Jesus, que, mesmo nos seus momentos de sufoco, soube parar para ajudar o próximo e se dedicou a mim como se fosse a ele mesmo...*

*Não posso esquecer duas pessoas queridas que seguirão para sempre em meu coração, os professores: Cezar Casotti e Alba Vilela Muito obrigada pelos ensinamentos, boa vontade e paciência.*

*Por último, porém não menos importante, agradeço a minha ORIENTADORA que me ensinou muito além do que vem escrito em livros e artigos...através da sua humildade, clareza e paciência pude desenhar no meu coração o modelo de profissional que um dia quero ser. Obrigada!*

*“Porque a vida, individual ou coletiva, pessoal ou histórica, é a única entidade do universo cuja substância é o perigo”.*

*(José Ortega y Gasset, filósofo espanhol)*

## RESUMO

O crescimento da mortalidade por causas violentas tem sido objeto de preocupação entre pesquisadores da saúde coletiva, gestores e sociedade como um todo. As mais diversas técnicas têm sido utilizadas, na perspectiva de esclarecer as dimensões do problema, compreender os determinantes a nível coletivo e identificar grupos e populações de risco, contribuindo, assim, para o controle desta que se tornou a grande preocupação mundial. A partir da hipótese de que a violência homicida está intimamente associada às condições socioeconômicas, o presente estudo teve como objetivo analisar os homicídios e os fatores a eles associados por Regionais de Saúde. Trata-se de uma pesquisa de desenho ecológico, transversal de caráter descritivo-analítico que utilizou como unidade de análise as 31 Regionais de Saúde do Estado da Bahia, Brasil para o ano de 2010. Para seleção da causa das mortes foram utilizadas informações dos óbitos cuja causa básica possui a denominação de “agressões”, que engloba os códigos X85 a Y09 da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Os dados sóciodemográficos foram obtidos do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Em todas as Regionais as agressões por meio de arma de fogo representaram a principal causa de morte no ano de 2010, em indivíduos do sexo masculino, jovens entre 20 e 29 anos, de cor parda e com 4 a 7 anos de escolaridade. Os maiores coeficientes de mortalidade por homicídio foram encontrados nas Regionais de Eunápolis, Itabuna, Salvador, Ilhéus e Teixeira de Freitas, onde a regional de Salvador apresentou o maior risco relativo masculino (RR=15,21). As correlações entre as taxa de homicídio e variáveis sóciodemográficas através do teste de Sperman, foram estatisticamente significantes, exceto em relação à Gini da renda, proporção de famílias com água de poço, com casa de taipa, sem tratamento de água, taxa de analfabetismo e pessoas com menos de 15 anos sem instrução. As correlações mais fortes foram encontradas entre taxa de desemprego ( $r=0,6202$ ), grau de urbanização ( $r=0,7601$ ), proporção de famílias com água pública ( $r=0,5331$ ), com lixo coletado ( $r=0,8153$ ) e população masculina em número absoluto ( $r=0,6028$ ). Os resultados apontam para o fato de que existem importantes diferenças de mortalidade entre as Regionais de Saúde baianas, atentando para o crescente número de mortes por arma de fogo entre os jovens, do sexo masculino, com pouca escolaridade, o que demonstra a gravidade do problema e a necessidade de políticas integradas para seu enfrentamento.

**Palavras-chave:** Violência, Homicídio, Fatores Socioeconômicos, Análise Estatística.



## ABSTRACT

The growth of violent deaths has been the subject of concern among public health researchers, administrators and society as a whole. Several techniques have been used aiming to clarify the dimensions of the problem, understand the collective determinants and identify risk and populations groups, contributing thereby to control this issue which has become a major concern worldwide. Assuming the hypothesis that homicidal violence is closely linked to socioeconomic conditions, the present study aimed to examine homicides and factors associated to them by Health Regions. It is an analytical descriptive cross-sectional ecological design survey, which used as analysis units the 31 Health Regions of the State of Bahia, Brazil, of the year 2010. For death cause selection, decease information forms with the name "aggression" as main cause, were used. This encompasses the codes X85 to Y09 of the 10th revision of the International Classification of Diseases (ICD-10). In all the Regions, in the year 2010, assaults by firearm represented the main death cause of young dark-skinned males between 20 and 29 years old, with 4-7 years of instruction. The highest mortality rates for homicides were found in the Regions of Eunápolis, Itabuna, Salvador, Ilheus and Teixeira de Freitas, whereas the Region of Salvador had the highest relative men risk (RR = 15,21). Correlations between homicide rates and socio-demographic variables using Spearman test were statistically significant except regarding Gini income, proportion of households using well water, living in mud huts, without sewerage, illiteracy and people under 15 years without instruction. The strongest correlations were found between unemployment rate ( $r = 0,6202$ ), degree of urbanization ( $r = 0,7601$ ), proportion of households with public water ( $r = 0,5331$ ), garbage recollection service ( $r = 0,8153$ ) and male population in absolute numbers ( $r = 0,6028$ ). The results point out that there are significant differences in mortality between the Health Regions of Bahia, showing the increasing number of deaths by firearms among young males with little instruction, which demonstrates the seriousness of the problem and the need for integrated policies to face this situation.

**Keywords:** Violence, Homicide, Socioeconomic Factors, Statistical Analysis.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro1. Distribuição das Regionais de Saúde da Bahia por total de municípios e população, 2010.	33
Quadro 2. Variáveis socioeconômicas e demográficas alocadas por categorias, Bahia, Brasil, 2010.	35
Tabela 1. Coeficiente de mortalidade por homicídio padronizado (100.000 habitantes) segundo sexo e Risco Relativo masculino (RR), Regionais de Saúde da Bahia, Brasil, 2010.	51
Figura 1. Mortalidade proporcional por tipo de agressão, Regionais de Saúde da Bahia, Brasil, 2010.	52
Tabela 2. Distribuição percentual dos óbitos por arma de fogo e meio não especificado segundo variáveis sócio-demográficas e Regionais de Saúde da Bahia, Brasil, 2010.	53
Tabela 1. Correlação de Spearman ( $r$ ) entre as taxas padronizadas de mortalidade por homicídio e os indicadores socioeconômicos e demográficos. Bahia, Brasil, 2010.	64
Figura 1. Distribuição do coeficiente de mortalidade por homicídios (por 100.000 hab.) por Regional de Saúde em quartis. Bahia, Brasil,2010.	65

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

CID-10	Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DIRES	Diretorias Regionais de Saúde
DIVEP	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVJ	Índice de Vulnerabilidade Juvenil
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNRMAV	Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências
RR	Risco relativo
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEI	Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia
SESAB	Secretaria de Saúde da Bahia
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
UF	Unidade Federada
VIVA	Vigilância Epidemiológica de Violências e Acidentes
WHOSIS	<i>World Health Organization Statistical Information System</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	13
<b>1.1 OBJETIVOS</b>	15
1.1.1 Objetivo Geral	15
1.1.2 Objetivos Específicos	15
<b>2 REFERENCIAL TÉORICO</b>	16
<b>2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS E DETERMINANTES DA VIOLÊNCIA</b>	16
<b>2.2 MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS: HOMICÍDIOS</b>	20
2.2.1 Panorama dos homicídios no mundo e no Brasil	21
2.2.2 O Cenário baiano e a violência	24
2.2.3 Iniciativas para o enfrentamento da violência: Vigilância Epidemiológica de Violências e Acidentes – VIVA	27
<b>3 METODOLOGIA</b>	31
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	31
3.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO	31
3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	33
3.3.1 Variáveis e Indicadores	34
3.3.2 Plano de Análise	35
3.3.3 Aspectos éticos	36
<b>4 RESULTADOS</b>	37
4.1 MANUSCRITO1: CONTRIBUIÇÕES DA ARMA DE FOGO NO CENÁRIO DA VIOLÊNCIA HOMICIDA NA BAHIA, BRASIL, 2010	38
4.2 MANUSCRITO 2: DETERMINANTES DOS HOMICÍDIOS NO ESTADO DA BAHIA, BRASIL, 2010	57
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	73
<b>REFERÊNCIAS</b>	76

## 1 INTRODUÇÃO

A violência é um tema que tem ocupado espaço cada vez maior no âmbito da saúde, educação, segurança, na mídia, enfim, tem permeado o cotidiano das pessoas e da sociedade moderna como um todo.

Entretanto, o termo “violência” possui difícil conceituação na medida em que se associa ao imprevisível, à ausência de norma, a um acontecimento sem regularidade ou estabilidade. Sempre que se tenta enquadrar esse fenômeno nos limites de uma definição, dissimula-se a divergência e a heterogeneidade de cada grupo humano (NORONHA; DALTRO, 1991).

Os dados divulgados pelos últimos Mapas da Violência Brasileira trazem a confirmação da onipresença deste fenômeno, uma vez que ao longo dos anos tem se observado a sua disseminação para centros urbanos cada vez menores, em um movimento denominado “interiorização da violência” (WAISELFISZ, 2007, 2010).

Quando se trata do perfil de mortalidade por violência, o Brasil segue a tendência mundial, onde a mortalidade por homicídio representa uma das facetas do crescimento da violência urbana ocupando lugar de destaque entre as causas básicas de óbito, principalmente entre adolescentes e adultos jovens do sexo masculino. Em muitos países da América Latina os homicídios constituem-se, ao lado dos acidentes de trânsito, os principais motivos das mortes por causas externas (BARATA; RIBEIRO; SORDI, 2009).

Entre 1980 e 2004, a taxa de homicídios praticamente triplicou no país, apresentando em 2004, a taxa de 27 homicídios por 100.000 habitantes (NÓBREGA JÚNIOR; ZAVERUCHA, 2009). O Brasil ocupou a quarta posição no ranking da violência internacional, superado apenas pela Colômbia, Rússia e Venezuela. Esta taxa é trinta ou quarenta vezes superior às observadas nos países como Inglaterra, Alemanha, Áustria, Japão ou Egito (WAISELFISZ, 2007).

Segundo os censos nacionais a população do Brasil, também cresceu, embora de forma bem menos intensa que o número de homicídios, passou de 119,0 para 190,7

milhões de habitantes, crescimento de 60,3%. Considerando o aumento populacional, houve franca evolução nos índices de violência, saltando de 11,7 homicídios em 100 mil habitantes em 1980 para 26,2 em 2010. Um aumento real de 124% no período ou 2,7% ao ano (WAISELFISZ, 2011).

Em 2000, estados como Alagoas, Pará e Bahia, ocupavam respectivamente o 11º, 21º e 23º lugar no número de homicídios brasileiros e no ano de 2010, chegaram ao 1º, 3º e 7º. Embora a Bahia não esteja entre os estados com maior índice de morte por causas externas no Brasil, essas causas ocupam o segundo lugar no quadro geral de mortalidade do estado, apresentando forte tendência ao crescimento (ARAÚJO, 2007).

A literatura tem relatado a possível associação das altas taxas de homicídios com diversos fatores, dentre os quais podem ser citados: o processo de urbanização, desigualdades econômicas, tráfico de drogas, impessoalidade das relações, mudanças na estrutura familiar, fácil acesso a armas de fogo, violência policial e estresse social. (MELLO JORGE, 1997; LIMA; XIMENES, 1998).

Dessa maneira, a escolha por retratar a realidade da Bahia baseia-se no fato deste ter sido o estado brasileiro com o maior número absoluto de homicídios em 2011, segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Não obstante, à medida que os números de homicídios cresceram muitas regiões do estado experimentaram forte crescimento econômico com conseqüente melhoria das condições de vida.

Sendo assim, torna-se salutar o entendimento do contexto onde a violência acontece bem como a caracterização dessas áreas para a melhor administração das medidas preventivas, bem como conhecer os grupos populacionais com maior risco de morte por essa causa.

Tem-se ainda, como mais um ponto motivador da presente pesquisa, a responsabilidade inerente à temática, ao se vincular a discussão sobre homicídios, violência urbana e condições socioeconômicas. Realizar esta abordagem no âmbito regional possibilita a melhor visualização das diversas áreas de risco do Estado e, conseqüentemente, abre caminho para implementação de medidas de contenção mais concisas.

Portanto, a partir da hipótese de que a violência homicida está intimamente associada às condições socioeconômicas, realizou-se este trabalho no intuito de

conhecer o padrão de distribuição das mortes por homicídio entre as Regionais de Saúde do Estado da Bahia e sua associação com os aspectos socioeconômicos e demográficos de cada regional.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral:

- Analisar os homicídios e fatores associados por Regionais de Saúde da Bahia, Brasil, 2010.

### 1.1.2 Objetivos Específicos:

- Apresentar a distribuição das mortes por homicídio nas Regionais de Saúde do estado da Bahia, em 2010, destacando o uso da arma de fogo.

- Verificar a associação entre os fatores socioeconômicos e demográficos e os homicídios nas Regionais de Saúde do Estado da Bahia em 2010.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS E DETERMINANTES DA VIOLÊNCIA

Etimologicamente “violência” vem do latim *violentia*, que significa violência, caráter violento ou bravo, força. O verbo *violare* significa tratar com violência, profanar, transgredir. Tais termos se referem a *vis*, que significa virilidade, vigor, mais precisamente a força em ação, o recurso de um corpo para exercer sua força e, portanto a potência, o valor, a força vital (MICHAUD, 1989).

Segundo Zaluar (2001), o termo violência está intimamente relacionado à percepção do limite, o não reconhecimento do outro, sendo esta percepção diferente nas diversas regiões e culturas do Brasil.

Para Minayo (2006), violência é um evento social que faz parte da coletividade humana e se mostra específica de acordo com o local e tempo. Porém, nem todo ato violento se constitui crime, logo quando isso acontece passa a ser regido por leis penais.

O que se pode ver é que os termos relacionados à palavra violência passam a ideia de força, de uma potência natural cujo exercício contra alguma coisa ou contra alguém torna o caráter violento. Tal força, virtude de uma coisa ou de um ser, sem consideração de valor, se torna violência quando passa da medida ou perturba uma ordem.

Ao se analisar o conceito de crime, Melgaço (2005) propõe o debate sobre legalidade e legitimidade. Este autor aceita que crime seria tudo aquilo que infringe a lei, ou seja, o ilegal, mas critica a adoção dessas relações nas elaborações conceituais: “as leis são construções sociais criadas por grupos na maioria das vezes hegemônicas. Por isso, nem sempre o que é legal é legítimo e nem sempre o que é ilegal é ilegítimo”



(MELGAÇO, 2005, p.19). O autor destaca ainda que a legitimidade é uma concepção social, portanto, varia de acordo com o lugar, a classe, os interesses em questão, etc.

Entretanto, existe o conceito de crime violento, largamente utilizado por pesquisadores. Tal definição encontra-se intrinsecamente associada aos crimes que “encerram maior violência e, portanto, geram um clima de medo e de insegurança na população” (MASSENA, 1986, p.202).

Os crimes violentos contra a pessoa e contra o patrimônio são os maiores responsáveis pela sensação de medo que assola a sociedade. A primeira categoria diz respeito aos crimes que atentam diretamente contra a vítima, como exemplo têm-se o homicídio, a tentativa de homicídio, a lesão corporal, entre outros. A segunda categoria refere-se aos crimes que atentam contra o patrimônio ou aos bens materiais, podendo-se citar o furto, o roubo, a extorsão, a receptação, etc. (IZUMINO; NEME, 2002).

Minayo e Souza (1997) destacam a violência em três diferentes setores: a violência estrutural, sustentada nas desigualdades sociais de acesso ao mercado de trabalho e ao consumo de bens essenciais à vida; a violência cultural, que se expressa entre pares, a exemplo das agressões entre cônjuges; e a violência da delinquência, referente a indivíduos ou grupos que desencadeiam ações contra cidadãos (crimes contra a pessoa física e o patrimônio), incluindo disputas violentas entre os criminosos e determinadas ações ilegais do próprio aparato policial.

Portanto, as violências não se reduzem à criminalidade e, no campo da saúde, são analisadas pelo impacto no número de óbitos, danos físicos, psicológicos e/ou sociais que causam. Dessa maneira, apesar da violência não ser restrita somente a este campo de estudo, é para esta área que convergem as vítimas e, por isso, ela tem a função de elaborar estratégias de prevenção, de modo a promover a saúde.

A ocorrência de mortes violentas nos espaços urbanos vem sendo associada a alguns fatores existentes nesses ambientes, como concentração populacional elevada, desigualdades na distribuição de riquezas, iniquidade na saúde, impessoalidade das relações, alta competição entre os indivíduos e grupos sociais, fácil acesso a armas de fogo, violência policial, abuso de álcool, impunidade, tráfico de drogas, estresse social,

baixa renda familiar e formação de quadrilhas (ARAÚJO, 2007; GAWRYSZEWSKI et al., 2005).

A associação entre violência e pólos de desenvolvimento regional é a expressão de um fenômeno relativamente recente: a interiorização da violência. Até metade dos anos 90, os pólos dinâmicos da violência se concentravam nas grandes cidades. A partir de 1999, começa um processo de estagnação nas capitais, e a violência segue crescendo no interior. São duas as razões: maior investimento em segurança nas regiões metropolitanas e o aparecimento de pólos de atração econômica no interior. Uma terceira razão não explica o fenômeno, mas causa impacto nos números: com o surgimento de novos institutos médicos legais e a ampliação da rede básica de saúde, a violência nos grotões entrou no radar do Estado (NÓBREGA JÚNIOR; ZAVERUCHA, 2009).

Estudos que avaliaram o impacto de variáveis de desenvolvimento econômico em relação aos homicídios mostraram que riqueza e desenvolvimento econômico podem estar relacionados com o crescimento das taxas de homicídios. Tal achado revela que é importante avaliar o impacto da desigualdade social, da urbanização e dos crescimentos populacionais considerando como variável independente a pobreza, que teria uma relação direta com questões meramente econômicas (BARATA; RIBEIRO 2000).

Ao se reduzir o termo “violência urbana” a toda espécie de conflito em área urbanizada, vê-se que, além de interiorizada, existem diferenciais intra-urbanos de mortalidade, demonstrando certas relações com as condições de vida dos residentes nas áreas mais afetadas. Isto aponta para uma distribuição desigual do risco de morte violenta no espaço urbano, acometendo as áreas mais pobres da cidade. Constata-se, ainda, um aumento das taxas de mortalidade por homicídios, quando se comparam os agregados de bairros com condições de vida intermediárias e aqueles de baixas e muito baixas condições de vida (PAIM et al., 2009).

Uma das abordagens baseada na desigualdade social sugere que o mecanismo responsável por taxas mais ou menos elevadas dos homicídios, deriva da percepção dos indivíduos quanto à sua relativa posição econômica em relação aos padrões ideais de sucesso social. Nesse caso, a violência seria o resultado de um processo de

frustração gerado pelos indivíduos, numa posição de pobreza relativa, na busca dos objetivos legitimados socialmente (BEATO FILHO, 1998).

Nessa perspectiva, Moura (2011) realizou uma pesquisa na cidade de Feira de Santana e constatou que as taxas de homicídio mostraram relação com a condição socioeconômica dos bairros residenciais. Verificou-se ainda que o perfil das vítimas de homicídio no município de Feira de Santana é composto por adolescentes e adultos jovens, na faixa etária de 15 a 29 anos de idade, de raça/cor parda ou preta, de sexo masculino, grau de instrução fundamental, morador de bairros periféricos.

Soares (2008), afirma que o processo de urbanização aparece como uma variável importante para o incremento das taxas de homicídio. A rapidez da urbanização em países com recursos escassos fez com que as cidades crescessem sem infra-estrutura adequada, tal como hospitais, escolas, segurança, empregos, recursos sanitários. Quanto às desigualdades espaciais internas das cidades, favelas e o homicídio, Soares (2008) revela que o processo migratório das regiões mais pobres para as cidades mais desenvolvidas economicamente como sendo um fator importante a ser analisado.

Diante do exposto vê-se, através dos conceitos apresentados para as diversas denominações de violência discutidas até aqui, a amplitude do tema. Denota-se, ainda, que a violência pode ser analisada sob várias formas, dependendo do discurso e do objetivo a ser alcançado através da análise que se promove.

Em se tratando de crime, na literatura especializada há inúmeras teorias e condicionantes clássicos, nos mais diversos campos do saber e com diferentes orientações filosóficas, que procuram dar conta desta conceituação. Mesmo diante da complexidade desse fenômeno, tenta-se buscar causas gerais do comportamento criminoso, o que não exclui a importância das construções teóricas sobre a criminalidade que podem ajudar a compor um quadro que possibilite uma melhor compreensão do problema (CERQUEIRA; LOBÃO, 2004).

As teorias que adotam o lugar como elemento explicativo para a criminalidade são comumente chamadas de Teorias da Ecologia Social. Segundo essa perspectiva, a incidência desproporcional de crimes caracterizaria certas áreas como mais violentas que outras. Suas origens remetem ao início do século XIX, na Europa, onde os

pesquisadores tentavam entender por que alguns países eram mais violentos que outros (SILVA, 2004). Esta perspectiva busca compreender como as características de certas localidades podem influenciar indivíduos a cometer crimes ou a se tornarem vítimas.

## 2.2 MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS: HOMICÍDIOS

O termo “causas externas” é empregado no campo da saúde para designar as mortes não só por homicídios, mas também mortes por suicídio, agressões físicas e psicológicas, acidentes de trânsito, transporte, quedas, afogamentos e outros. Muito utilizado para traçar perfil, emitir comparações e sugestões, o termo “causas externas” se difere do termo “violência”, pois este último é uma questão social que ocorre nas inter-relações humanas e nas suas criações (Estado, organizações sociais, instituições, etc.), constituindo, portanto, objeto de estudo e interpretações por parte da filosofia, da história, das ciências políticas, do direito, entre outros (MINAYO, 2009).

As mortes violentas estão incluídas na 10<sup>a</sup> revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS) sob a denominação de “Causas externas de morbidade e mortalidade”. A OMS refere-se como violentas ou externas aquelas mortes provocadas por fatores externos ao organismo humano, capazes de produzir lesões ou efeitos adversos ao homem. Este grupo de causas compõe o capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças, sob os códigos X85-Y09, com a denominação de agressões. Estão incluídas as agressões por meio de armas de fogo (X93-X95), as agressões com uso de objeto cortante ou perfurante e contundente (X99-Y00) (DATASUS, 2012).

As causas externas – acidentes e violências – vêm-se apresentando, principalmente nos anos mais recentes, entre os principais problemas de Saúde Pública no Brasil, seja por sua magnitude, seja pelos custos que representam para a sociedade e pelos impactos sociais e psicológicos nas vidas dos indivíduos e das famílias.

Atualmente, esses agravos correspondem à terceira causa de óbito na população brasileira, após as doenças do aparelho circulatório e neoplasias. Constituem, ademais, a primeira causa de óbito na faixa etária de 1 a 44 anos, em ambos os sexos (GAWRYSZEWSKI et al., 2005).

No Brasil, na década de 1990, mais de um milhão de pessoas morreram vítimas de violência e acidentes, sendo cerca de 400 mil por homicídios, 310 mil em acidentes de trânsito e 65 mil por suicídios. Os óbitos por homicídios e por acidentes de trânsito são os principais elementos que conformam o quadro das mortes violentas. A participação das causas externas na mortalidade geral no país aumentou de 11% para 15% no período aqui tratado compreendido entre 1980 e 2005. Os três fenômenos – acidentes, violências e suicídios – constituem uma rubrica que se alterna entre o segundo e o terceiro lugar no quadro geral da mortalidade no país e é a primeira causa de óbito da população de 5 a 49 anos (MINAYO, 2009).

### **2.2.1 Panorama dos homicídios no mundo e no Brasil.**

Baseado nos dados fornecidos pelo Sistema de Informação Estatística da Organização Mundial da Saúde (OMS) conhecida como WHOSIS, ou seja, World Health Organization Statistical Information System, Waiselfisz (2010) tabulou os homicídios de 91 países do mundo e verificou que houve uma explosão da violência homicida nos países da América Central. Entre 2005 e 2006, seis países destacaram-se com as maiores taxas de morte por homicídio: El Salvador (50,1/100.000), Colômbia (45,4/100.000), Guatemala (34,5/100.000), Ilhas Virgens (31,9/100.000), Venezuela (30,1/100.000) e Brasil (25,8/100.000).

No ano seguinte, em estudo similar, Waiselfisz viu que os países que apresentaram as menores taxas totais de homicídio na América Latina encontram-se, no contexto internacional, em posição intermediária ou, até mesmo, entre os de

violência elevada. Assim, a menor taxa regional, a do Uruguai, com seu índice total de 4,4 homicídios em 100 mil habitantes, encontra-se na 38ª posição no ordenamento internacional, isto é, no grupo das taxas moderadas para acima e bem longe da maior parte dos países da Europa ou da Ásia, cujos índices nem chegam a 2 homicídios em 100 mil habitantes. Também a menor taxa de homicídios jovens, a de Cuba, encontra-se na 31ª posição, mais acima ainda (WAISELFISZ, 2011).

Os dados mostram o preocupante quadro de violência homicida na América Latina, com ressalva para a vitimização juvenil que são responsáveis pela quase totalidade do aumento dos homicídios no período estudado.

Ramos e Lemgruber (2004) afirmam que as taxas de mortes violentas nos principais centros urbanos brasileiros superam as de países que vivem em conflitos armados. Em 2002, 49.695 mil brasileiros foram assassinados. Entre os anos de 1980 e 2002, houve quase 700 mil homicídios dolosos no país, o que equivale a mais de 30 mil assassinatos por ano. Países da Europa Ocidental têm taxas inferiores a 3 mortes intencionais por 100 mil habitantes e os Estados Unidos encontram-se na faixa de 5 a 6 mortes intencionais por 100 mil habitantes.

O Brasil entre 1999 e 2008 só perde em números absolutos para a guerra civil de Angola, que vitimou 550 mil indivíduos entre 1975 e 2002. Em número de mortes anuais, o caso brasileiro supera a todos, inclusive o angolano, o que leva alguns autores a afirmar que há uma guerra civil não declarada no País (AMORIM, 2010).

O Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde disponibiliza dados das mortes dos últimos 30 anos. Esse dados mostram que o Brasil passou de 13.910 homicídios em 1980 para 49.932 em 2010, um aumento de 259% equivalente a 4,4% de crescimento ao ano (WAISELFISZ, 2011).

Contudo, a distribuição das mortes violentas, no Brasil, apresenta características bem definidas, que precisam ser compreendidas para que seja possível entender as características, a velocidade e a qualidade das políticas públicas para enfrentar o problema da violência.

No ano 2010, Unidades Federadas (UF) que encabeçavam a lista das localidades com maiores taxas de homicídio em 2000 tiveram queda em seus índices,

como foi o caso de São Paulo e Rio de Janeiro. Este declínio pode ser atribuído tanto ao Estatuto e Campanha do Desarmamento quanto a políticas estaduais efetivas.

Em contrapartida, em 17 UF que tinham as menores taxas em 2000, aconteceu o contrário: as taxas cresceram na Bahia, Pará, Maranhão, Alagoas, Paraíba e Rio Grande do norte, multiplicando-se consideravelmente. Esses aumentos foram de tal magnitude que Alagoas, em 11º lugar em 2000, passou ao primeiro lugar da violência nacional em 2010 (WAISELFISZ, 2011).

Quanto à disseminação da violência no Brasil Waiselfisz (2011, p.43) diz que:

O fenômeno não se restringe a uma região ou área delimitada. A disseminação atuou espalhando a violência homicida para todas as regiões do país, numa espécie de reequilíbrio hidrodinâmico dos vasos comunicantes: dos estados mais violentos para os menos violentos.

Mesmo após a constatação de que a violência alterou o seu padrão ao longo dos anos, disseminando-se de sobremaneira para regiões antes menos violentas, o que se apresenta imutável é o fato da vitimização dos homens jovens. As mortes de adultos jovens de 25 a 29 anos, por acidentes de transporte, estão localizadas em 29,1% dos municípios e os óbitos por agressões, em 27,2%. (SOUZA; MINAYO, 2007).

Em se tratando do perfil desses jovens, Araújo et al. (2009), afirmam que, especialmente nos grandes centros urbanos, as causas externas atingem predominantemente jovens negros entre 15 e 49 anos, em plena fase de vida reprodutiva e de maior produção econômica, fazendo com que as causas externas no Brasil passassem do segundo lugar entre as principais causas de óbito para o primeiro lugar, quando avaliada em anos potenciais de vida perdidos.

Os resultados de Waiselfisz (2011) corroboram com as pesquisas de Araújo et al (2009) e acrescentam que houve um incremento ao longo dos anos no número de homicídios da população negra brasileira, especialmente a masculina. Houve uma queda nas taxas de homicídio de brancos de 27,1% entre 2002 e 2010. Já, na população negra, as taxas passaram de 30,0 em 2002 para 35,9 homicídios para cada 100 mil negros em 2010, o que representa um aumento de 19,6%.

Na grande parte dessas mortes as armas de fogo assumem o posto de principal agente causador dos óbitos por agressão. Este fato, juntamente com os determinantes expostos acima, ramificam a violência para outros problemas sociais, que tem total ligação com as taxas de homicídios: o tráfico de drogas e o comércio de armas de fogo (ROMÃO, WADI, 2010; NÓBREGA JÚNIOR; ZAVERUCHA, 2009).

Em um período de 10 anos (1999-2008) foram registradas 478.369 mortes em decorrência de homicídios no Brasil. Desse total, 332.795 (70%) foram praticadas com arma de fogo. O uso de armas nas regiões metropolitanas é mais intenso, responsável por 79% das mortes em 2007 e 2008. Em algumas capitais, como Maceió, o envolvimento de armas na prática de homicídios passa de 90%. Isso se deve principalmente à disseminação do uso de armas entre os jovens, principalmente do sexo masculino (CNM, 2010).

Entre as mulheres, a proporção de homicídios cometidos com outros instrumentos é superior à encontrada no universo masculino, o que aponta para diferenças na dinâmica social relacionada a esse tipo de morte quando considerados os grupos de sexo. A violência entre as mulheres é geralmente cometida por familiares e parceiros, como consequência de conflitos de ordem “privada”. Já entre os homens, imperam os casos de agressões por estranhos, ocorridas no espaço público e relacionadas, em grande parte, com a criminalidade urbana (SOARES; MIRANDA, 2005).

### **2.2.2 O Cenário baiano e a violência**

O Nordeste brasileiro é a segunda região mais violenta em termos de crescimento do impacto percentual nos números de homicídios do país. Entre 2000 e 2009, foram 47,82 pontos de incremento percentual, sendo, dessa forma, a região que mais sofreu com o impacto em termos de números absolutos. Indiscutivelmente, o



Nordeste é a região do país onde mais se executam pessoas, em 2009 foram 17.717 pessoas vitimadas por agressão, este número foi de 9.245 em 2000. O destaque, neste cenário, é o estado da Bahia onde o impacto percentual nos números absolutos em dez anos foi de 76,7%, saltando de 1.242 mortes por agressão em 2000 para 5.344 em 2009 (NÓBREGA JÚNIOR, 2010).

A explosão dos homicídios na Bahia refletiu decisivamente nas taxas por cem mil habitantes na capital soteropolitana. Salvador teve suas taxas de homicídios multiplicadas por seis. Em 2000 esta taxa era de 11,83 homicídios/100.000 habitantes, e saltou para 61,27/100.000 em 2009. A capital baiana foi elevada da 25ª posição no ranking das capitais brasileiras mais violentas por homicídio em 2000, para o segundo lugar em 2009 (NÓBREGA JÚNIOR, 2010).

Quando analisados os óbitos por homicídio no Brasil, chega-se a conclusão de que houve acréscimo nas taxas até 2003, com posterior queda. Áreas mais populosas, como São Paulo, apresentaram um decréscimo de 67% nas taxas de 1999 a 2007, o que de certa maneira pode justificar o incremento nos anos subsequentes a 2003 (WAISELFISZ, 2008).

Apesar da redução das taxas de homicídio visualizadas no Brasil, as Regiões Norte e Nordeste apresentaram relevante crescimento. No período compreendido entre 1999 e 2010, o Estado da Bahia vivenciou uma forte onda de mortes por homicídio, o que fez com que o Estado atingisse o 7º lugar no ranking da violência nacional (WAISELFISZ, 2011).

O Estado da Bahia, que possui uma área de 567.295,3 Km<sup>2</sup>, é constituído atualmente por 15 regiões econômicas e 417 municípios. Do ponto de vista da saúde existem 31 Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), 13 Macrorregiões, 32 Microrregiões e 127 módulos assistenciais (SESAB, 2007; IBGE, 2010).

Analisando os números disponíveis da década de 80 até os dias atuais, vê-se que o Estado experimentou momentos conflitantes de oscilação das taxas de mortalidade por homicídio, o que leva a crer em possíveis problemas de informação. Entretanto, apesar dessa dúvida em relação aos dados, Waiselfisz (2011) mapeou a Bahia na perspectiva dos homicídios e viu que existem focos de elevada violência em toda a zona da mata do estado, que inclui a região metropolitana de Salvador.

Através de uma análise espaço-temporal dos coeficientes de mortalidade por acidentes e violências no Estado da Bahia, é possível perceber que as populações residentes sofrem riscos desiguais entre as regiões e/ou municípios. Populações de algumas regiões ou municípios estão sujeitas a maior risco que outras, tais diferenças podem estar relacionadas às condições ambientais e socioeconômicas presentes.

Nas regiões de Juazeiro e Barreiras, a violência pode estar ligada a diversos fatores, pois essas regiões tem se constituído em pólos econômicos importantes devido ao desenvolvimento da agroindústria para exportação de frutas e grãos, atraindo, constituindo e formando uma classe média potencial consumidora de drogas. Em Juazeiro, além disso, a larga oferta tem permitido a expansão da cultura da maconha tanto no estado vizinho de Pernambuco como na Bahia formando um conjunto de municípios produtores já conhecido como polígono da maconha (DIVEP, 2007).

Em Barreiras a violência também pode estar ligada aos conflitos de terra entre posseiros e grileiros, devida à pressão por mais terras para a expansão da produção de soja para exportação. Nos municípios do Litoral do Sul e Extremo Sul, sobretudo em Porto Seguro, Ilhéus e Itabuna, a elevação da violência pode estar vinculada à expansão do fluxo turístico internacional, à expansão do tráfico de drogas oriundo do Rio de Janeiro e do Espírito Santo e à prostituição (DIVEP, 2007).

Segundo o plano de ação para a redução da morbimortalidade por causas externas na Bahia, elaborado pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica em 1998 considerando o período de 1996 a 2005, a Região Extremo Sul encontra-se entre as áreas onde o excesso de risco de morte por homicídios é superior ao encontrado para toda população da Bahia (SESAB, 2007).

A explicação para tais dados podem estar relacionados às importantes transformações espaciais e socioeconômicas pelas quais a Região Extremo Sul da Bahia vêm passando desde a década de 70 com a abertura da BR 101 e, posteriormente, implantação de indústrias de papel e celulose na região. Os investimentos realizados pelas indústrias de celulose promoveram investimentos que levaram a mudanças relevantes no Produto Interno Bruto (PIB) em todos os municípios do Extremo Sul, comparando-se os anos de 1999 e 2003, especialmente em

Itabela e Eunápolis que apresentaram taxas de crescimento superiores a 100% (ALMEIDA et al., 2008).

Em trabalho de campo no município de Teixeira de Freitas, Fontes (2007) elencou alguns resultados negativos da interferência da indústria de papel e celulose na região do Extremo Sul da Bahia, como por exemplo, o êxodo rural, o surgimento de favelas, o crescimento da miséria, a violência e criminalidade, o aumento da incidência de doenças infectocontagiosas e a ameaça à atividade pesqueira e ao veraneio à beira-mar.

De acordo com o Ministério da Justiça, Teixeira de Freitas e Porto Seguro apresentam Índice de Vulnerabilidade Juvenil (IVJ) à violência, respectivamente, muito alto (0,516) e alto (0,463) (BRASIL, 2009).

Assim, percebe-se que a decisão de cometer um crime ou não, está intimamente relacionado ao meio no qual o indivíduo se encontra. Cada Região tem o seu macrossistema próprio que afeta não somente o custo moral, mas também o custo de oportunidade das pessoas que lá residem. O acesso ao mercado de trabalho lícito depende também das condições de ensino oferecida pela rede pública para aquela região, que contribui para a qualificação do profissional (NOIA BEZERRA et al., 2012).

Independente dos fatores que levam aos homicídios, o que não se pode negar é que este evento tem forte ligação com o tráfico de drogas e o comércio de armas de fogo. Em 2007 a Bahia ocupava o sexto lugar entre os Estados brasileiros com o maior percentual de mortes por arma de fogo no Brasil (74,4%). Em um ano o Estado saltou significativamente para a terceira posição com um total de 4780 óbitos por homicídio, sendo 80,1% deles cometidos através de arma de fogo (CNM, 2010).

### **2.2.3 Iniciativas para o enfrentamento da violência: Vigilância Epidemiológica de Violências e Acidentes – VIVA**

A violência é tema de discussão em todo o mundo, por atingir um grande número de pessoas e por trazer importantes impactos econômicos e sociais. Pela sua magnitude, esses agravos estão modificando o perfil dos problemas de saúde, e consequentemente as suas necessidades (GAWRYSZEWSKI et al., 2007).

No âmbito da saúde pública, a prevenção destes agravos tem como etapa inicial a descrição de sua magnitude e impacto. Na maioria dos países, o conhecimento do impacto das causas externas se dá por meio da análise dos dados de mortalidade, embora sejam poucos os países que conhecem a morbidade hospitalar por essas causas (MASCARENHAS, 2009).

No Brasil, essa descrição é realizada a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), nos quais são registrados os principais tipos de causas externas que determinam mortes e internações, respectivamente. Essas bases são de acesso fácil, e os dados são rotineiramente disponibilizados (DATASUS) e analisados, sendo as informações divulgadas em publicações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Embora os dados disponíveis no SIM e SIH sejam úteis para monitorar a vigilância epidemiológica das causas externas, esses sistemas não fornecem dados sobre as lesões de menor gravidade, que não implicam mortes ou internações, mas que são responsáveis por uma grande demanda de atendimentos nos serviços de emergência. Contudo, também devem ser lembradas as parcelas de agravos que acontecem no sistema particular de saúde e que muitas vezes são esquecidos. Desse modo, o estabelecimento de políticas públicas para a prevenção e o controle desses agravos deve ter por base um quadro o mais completo possível do problema (GAWRYSZEWSKI et al., 2007).

Quando se trata de violência doméstica as informações são ainda mais precárias, pois todas as formas de agressão dessa categoria acontecem nos domicílios. Outra categoria que merece atenção quanto às notificações, são as agressões contra crianças e adolescentes, que também acontecem dentro de casa e são, na maioria das vezes, praticadas pelos próprios familiares. As mulheres e os idosos também são vítimas constantes da violência doméstica (MALTA et al., 2007).

Um estudo realizado por Acosta e Barker (2003) com 749 homens na faixa etária entre 15 e 60 anos no Rio de Janeiro mostra que 25,4% deles usaram de violência física contra sua parceira íntima pelo menos uma vez, 38,8% usaram violência psicológica e 17,2% informaram ter praticado violência sexual.

A partir da constatação da necessidade de uma atenção mais direcionada para o problema, várias medidas foram tomadas ao longo do tempo, no intuito de facilitar a compreensão do fenômeno, computar os dados e, principalmente, conter o seu avanço.

Em 2001, foi publicada pelo Ministério da Saúde a “Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências” (PNRMAV), no intuito de estabelecer responsabilidades institucionais e diretrizes que caminhem para a promoção da saúde e prevenção desses eventos por meio de ações articuladas e sistematizadas. Esse instrumento representa o marco institucional de enfrentamento dos acidentes e violências no âmbito das políticas de saúde do país (BRASIL, 2001).

A Política Nacional de Atenção às Urgências foi instituída no que tange o atendimento às vítimas de causas externas, que tem como principal componente a rede do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). No sentido de dar suporte a implementação da PNRMAV, é estabelecida em 2004 a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, em âmbito estadual e municipal.

No ano seguinte, é elaborado o relatório denominado “Impacto da violência na saúde dos brasileiros” que também considera os acidentes de trânsito com uma expressão de violência social; e foi construída e pactuada com as secretarias estaduais e municipais a Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências, para o período 2005-2007, a qual contemplava o aprimoramento e expansão da vigilância e do sistema de informação dessa área (BRASIL, 2005).

Em 2006, destaca-se a divulgação da Política Nacional de Promoção da Saúde, e a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) com o objetivo de aprimorar o diagnóstico situacional (BRASIL, 2009).

A Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes (Rede VIVA) está estruturada em um componente de vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares, que visa à caracterização dos atendimentos de emergência por causas externas e outro componente de vigilância das violências sexual, doméstica

e/ou outras violências interpessoais, em cumprimento às exigências legais de notificação da violência contra criança, adolescente, mulher e idoso (MASCARENHAS et al., 2009).

Essas duas modalidades de vigilância possuem sistemas de informação próprios, que permitem a entrada e análise dos dados obtidos por meio de duas fichas distintas. VIVA Contínuo: Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências; VIVA Inquérito: Ficha de Notificação de Violências e Acidentes em Unidades de Urgência e Emergência (BRASIL, 2009).

Para ambos componentes, a notificação no VIVA é compulsória em situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos conforme determinado pelas Leis de n. 8.069/1990 (Estatuto da Criança e Adolescente), n. 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), e n. 10.778/2003 (Notificação de Violência contra a Mulher).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo delineou-se como ecológico de comparação de múltiplos grupos com distribuição espacial, tendo como unidade de análise as Regionais de Saúde do Estado da Bahia para o ano de 2010. Para tanto, foram utilizados dados secundários sobre os óbitos por agressão/homicídios referentes ao ano de 2010.

Segundo Medronho et al., (2009), os estudos ecológicos são assim definidos por utilizarem como unidade de observação um grupo de pessoas e não o indivíduo de uma área geográfica definida que servem para avaliar o contexto social e ambiental do agregado.

De acordo com Santos e Barcellos (2006), estudos desse tipo são úteis para detectar áreas com excesso de um agravo, descobrir fatores de risco coletivo que expliquem esse excesso e gerar hipóteses sobre a etiologia dos agravos. Por outro lado, nos estudos ecológicos medidas coletadas no nível agregado muitas vezes são incapazes de refletir adequadamente os processos que ocorrem no nível individual.

#### 3.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

A escolha por se trabalhar com Regionais de Saúde deveu-se ao fato de ter sido realizada uma análise prévia de um grupo de 21 municípios que compõem a Região Extremo Sul da Bahia, assim definido pela Superintendência de Estudos Econômicos e

Sociais da Bahia-SEI, em um período de 10 anos (2000-2010). Viu-se a partir daí que, no nível municipal, principalmente em municípios de pequeno porte, existiam grandes flutuações de um ano para outro. Alguns com pouco ou nenhum homicídio, elevavam consideravelmente as taxas anuais. Mesmo trabalhando com as taxas médias houve municípios que apresentaram taxas extremamente elevadas. São municípios cuja base populacional muito estreita tem impacto enorme nos índices.

Outra importante limitação encontrada nesta primeira análise foi a verificação de que os dados não apresentaram mudanças significativas ao longo do tempo, além da dificuldade em obtenção de alguns dados sócio-demográficos ano a ano para municípios com reduzida população.

Optou-se então por trabalhar com a divisão territorial de Regionais de Saúde pela possibilidade de conhecer o fenômeno numa área mais ampla de forma que permitisse conhecer o parâmetro Estadual da violência, além de fomentar a discussão comparativa entre as regiões e até mesmo entre outros Estados brasileiros.

O Estado da Bahia é composto por 31 Regionais de Saúde, cuja distribuição por número de municípios, sede e população de cada regional está disposta no quadro 1



Quadro1. Distribuição das Regionais de Saúde da Bahia por total de municípios e população. Brasil 2010.

<b>Regional de Saúde</b>	<b>Total de municípios</b>	<b>População</b>
Salvador	16	3.666.594
Feira de Santana	22	991.940
Alagoinhas	18	506.424
Santo Antônio de Jesus	13	274.177
Gandu	13	313.348
Ilhéus	8	323.213
Itabuna	21	493.001
Eunápolis	8	343.347
Teixeira de Freitas	13	416.859
Paulo Afonso	9	236.853
Cícero Dantas	15	306.847
Serrinha	20	619.818
Jequié	25	492.199
Itapetinga	12	240.507
Juazeiro	9	478.699
Jacobina	19	377.710
Mundo Novo	6	81.897
Itaberaba	14	244.684
Brumado	13	253.583
Vitória da Conquista	19	632.708
Irecê	19	393.543
Ibotirama	9	184.238
Boquira	8	147.034
Caetité	11	208.980
Barreiras	15	400.942
Santa Maria da Vitória	13	291.663
Seabra	11	175.795
Senhor do Bonfim	8	285.523
Amargosa	10	162.493
Guanambi	10	221.722
Cruz das Almas	9	250.565

Fonte: MS/SVS/DATASUS/SIM; IBGE, 2010.

### 3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

As informações referentes aos óbitos, número de mortes e suas características, foram extraídas do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde (DATASUS), segundo local de residência. O SIM provê informações sobre mortes por causas externas no país desde 1979.

Para as características socioeconômicas e demográficas das Regionais de Saúde do Estado da Bahia, os dados foram coletados do banco do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística disponível em meio eletrônico, referentes ao Censo 2010.

### **3.3.1 Variáveis e Indicadores**

Para seleção da causa das mortes foram utilizadas informações dos óbitos cuja causa básica possui a denominação de “agressões”, que engloba os códigos X85 a Y09 da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), subdivididas nas categorias referentes ao meio utilizado na prática da agressão: agressão por outra arma de fogo ou não especificado-NE (X95), por objeto cortante ou penetrante (X99), por meio de objeto contundente (Y00) e por meio não especificado (Y09). Para tanto, o presente estudo adota a expressão “homicídios” para se referir às agressões, uma vez que estes correspondem a grande parte das mortes por este tipo de causa.

A variável dependente foi o coeficiente de mortalidade por homicídio por 100.000 habitantes para cada Regional de Saúde do estado. Já as variáveis socioeconômicas e demográficas foram divididas em categorias para melhor visualização dos resultados, conforme o apresentado no Quadro 2.

Quadro 2. Variáveis socioeconômicas e demográficas alocadas por categorias.

Categoria	Variáveis
Trabalho e Renda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gini da renda</li> <li>• taxa de desemprego</li> <li>• proporção de população com baixa renda</li> <li>• grau de urbanização</li> </ul>
Educação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• taxa de analfabetismo</li> <li>• pessoas com menos de 15 anos sem instrução</li> </ul>
Condições de saneamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• proporção de famílias com abastecimento público de água</li> <li>• proporção de famílias que utilizam água de poço</li> <li>• proporção de famílias sem tratamento de água</li> <li>• proporção de famílias que depositam o lixo a céu aberto</li> <li>• proporção de famílias que possuem coleta pública de lixo</li> <li>• proporção de famílias que despejam fezes e urina a céu aberto</li> <li>• proporção de famílias que despejam fezes e urina em esgoto</li> <li>• proporção de famílias que vivem em casa de tijolo</li> <li>• proporção de famílias que vivem em casa de taipa</li> <li>• proporção de famílias sem energia elétrica</li> </ul>
Aspecto demográfico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• proporção de homens na população</li> <li>• população masculina - número absoluto</li> </ul>

Fonte:MS/SVS/DATASUS/SIM; IBGE, 2010.

### 3.3.2 Plano de Análise

Para cálculo dos coeficientes de mortalidade considerou-se como denominador a população residente de cada local, referente à contagem populacional do censo de 2010, sendo que a padronização foi realizada por faixa etária baseada na população da Bahia também para o ano de 2010.

Desse modo foram realizados os seguintes cálculos para cada Regional de Saúde: razão entre os sexos; taxa de mortalidade bruta; mortalidade padronizada, mortalidade masculina e feminina; risco relativo; taxa de mortalidade específica por arma de fogo ou meio Não Especificado, por agressão através de objeto cortante/penetrante; proporção de famílias com abastecimento público de água, que utilizam água de poço, sem tratamento de água, que depositam o lixo a céu aberto, que

possuem coleta pública de lixo, que despejam fezes e urina a céu aberto e que despejam fezes e urina em esgoto; proporção de famílias que vivem em casa de tijolo, em casa de taipa e famílias sem energia elétrica.

Foi testada a correlação entre a variável dependente-coeficiente de mortalidade por homicídio, utilizando as taxas padronizadas, e variáveis socioeconômicas e demográficas por meio do teste de correlação de Spearman, considerando valor de  $p < 0,05$  para significância estatística, visto que a maior parte das variáveis da amostra estudada não apresentou distribuição normal no teste de Kolmogorov-Smirnov.

O programa Microsoft Excel 2010 foi utilizado para a construção dos indicadores, padronização das taxas, cálculo das proporções, risco relativo e elaboração dos gráficos e o software IBM SPSS versão 15 para o cálculo dos coeficientes de correlação.

### **3.3.3 Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, protocolo nº 198/2011 (CAAE: 0177.0.454.000-11), estando de acordo com os princípios éticos para a pesquisa que envolve seres humanos conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Por se tratar de uma pesquisa que utiliza dados secundários de domínio público nos sistemas de informação, não houve qualquer possibilidade de identificação dos sujeitos, o que assegura o anonimato e confidencialidade de informações evitando qualquer possibilidade de danos ou prejuízos às pessoas, estando, assim de acordo com a resolução acima mencionada.

#### 4. RESULTADOS

Os resultados obtidos por este estudo foram apresentados em forma de dois artigos científicos, elaborados de acordo com as normas dos periódicos aos quais serão submetidos para apreciação.

Os temas dos artigos foram selecionados no intuito de contemplar os objetivos propostos no estudo, possibilitando a compreensão do comportamento das mortes violentas no Estado da Bahia, bem como o conhecimento dos possíveis fatores associados a elas.

Com fins de contemplar o proposto pelo primeiro objetivo específico, foi elaborado o artigo intitulado: Contribuições da arma de fogo no cenário da violência homicida na Bahia, Brasil, 2010. Através dele pretende-se apresentar a distribuição dos homicídios nas Regionais de Saúde do Estado da Bahia em 2010, destacando o papel da arma de fogo.

Para atender ao objetivo de verificar a associação entre os fatores socioeconômicos e demográficos e os homicídios na população da Bahia, em 2010, foi construído um segundo artigo intitulado: Determinantes dos homicídios no Estado da Bahia, Brasil, 2010.

Nos artigos supracitados estão os resultados da pesquisa de caráter descritivo-analítico desenvolvida com dados secundários referentes às 31 Regionais do Estado da Bahia no ano de 2010. Pretende-se, no entanto, através destes alcançar o objetivo geral deste trabalho que é analisar os homicídios e fatores associados por Regionais de Saúde da Bahia, Brasil, 2010, trazendo de forma clara os principais achados da pesquisa.

#### 4.1 MANUSCRITO1: CONTRIBUIÇÕES DA ARMA DE FOGO NO CENÁRIO DA VIOLÊNCIA HOMICIDA NA BAHIA, BRASIL, 2010.

Este manuscrito será submetido à revista “Epidemiologia e Serviços de Saúde”, elaborado conforme as instruções que estão disponíveis em:

→<http://scielo.iec.pa.gov.br/revistas/ess/pinstruc.htm>, acessado em novembro 2012.

**CONTRIBUIÇÕES DA ARMA DE FOGO NO CENÁRIO DA VIOLÊNCIA  
HOMICIDA NA BAHIA, BRASIL, 2010.**

*FIREARMS CONTRIBUTIONS IN THE HOMICIDAL VIOLENCE SCENARIO IN BAHIA,  
BRAZIL, 2010.*

VIOLÊNCIA HOMICIDA NA BAHIA, BRASIL, 2010.

**Henika Priscila Lima Silva;**

Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. E-mail: hplsfsio@hotmail.com.

**Adriana Alves Nery;**

Doutora. Prof<sup>ª</sup> do Departamento de Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. E-mail: aanery@gmail.com.

**Cezar Augusto Casotti.**

Doutor. Prof do Departamento de Saúde e Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. E-mail: cacasotti@uesb.edu.br.

Correspondência: Adriana Alves Nery. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Campus de Jequié, Departamento de Saúde, Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho, Jequié/BA, Brasil. CEP 45206-190. E-mail: aanery@gmail.com. Fone-Fax: (0xx73) 3528-9738.

Manuscrito gerado da dissertação intitulada “Homicídios no Estado da Bahia e seus determinantes socioeconômicos”. Apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Enfermagem e Saúde (PPGES), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

## RESUMO

**Objetivo:** apresentar a distribuição dos homicídios nas Regionais de Saúde da Bahia, destacando o papel da arma de fogo. **Método:** estudo ecológico, descritivo de corte transversal que utilizou os óbitos por agressão, extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade e os dados sócio-demográficos obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Resultados:** as Regionais com os maiores coeficientes de mortalidade por homicídio foram Eunápolis (79,41), Itabuna (67,67), Salvador (65,61), Ilhéus (56,32) e Teixeira de Freitas (55,02), onde a regional de Salvador apresentou o maior risco relativo masculino (RR=15,21). Em todas as Regionais, as agressões por meio de arma de fogo representaram a principal causa de morte no ano de 2010, em indivíduos do sexo masculino, entre 20 e 29 anos, de cor parda e com 4 a 7 anos de escolaridade. **Conclusão:** Existem importantes diferenças de mortalidade entre as regionais e um crescente número de mortes por arma de fogo.

**Palavras-chave:** Violência, Homicídio, Armas de fogo.



## ABSTRACT

**Objective:** To show the distribution of homicides in the Health Regions of Bahia, highlighting the role of firearms. **Methods:** ecological cross-sectional study that used decease forms caused by assault, taken from the Information System on Mortality and demographic data obtained from the Brazilian Institute of Geography and Statistics. **Results:** Regions with the highest homicide mortality rates were Eunápolis (79,41), Itabuna (67,67), Salvador (65,61), Ilheus (56,32) and Teixeira de Freitas (55,02), whereas the region of Salvador had the highest relative risk men (RR = 15,21). In all the Regions, assault by firearm was, in 2010, the main death cause of dark-skinned males, between 20 and 29 years old, and with 4-7 years of schooling. **Conclusion:** there are significant mortality differences between the Regions and an increase in the number of deaths caused by firearms.

**Keywords:** Violence, homicide, Firearms.

## INTRODUÇÃO

O processo de urbanização no Brasil tem sido acompanhado pela elevação das taxas de criminalidade, interpessoal e contra o patrimônio, e os homicídios vêm afetando de maneira cada vez mais acentuada o cotidiano dos brasileiros<sup>1</sup>.

Entre 1980 e 2004, a taxa de homicídios praticamente triplicou no país. O homicídio tem sido apontado como a principal causa da elevação das taxas de mortalidade por violência no Brasil e no mundo. Em 2004, com a taxa de 27 homicídios por 100.000 habitantes, o Brasil ocupou a quarta posição no ranking internacional, superado apenas pela Colômbia, Rússia e Venezuela. Esta taxa é trinta ou quarenta vezes superior às observadas nos países como Inglaterra, Alemanha, Áustria, Japão ou Egito<sup>2</sup>.

Em um período de 10 anos (1999-2008) foram registradas 478.369 mortes em decorrência de homicídios no Brasil<sup>3</sup>. Desse total, 332.795 (70%) foram praticadas com arma de fogo. O ano de pico de mortes foi 2003, com 51.043 homicídios, a partir daí houve um período de oscilação até se alcançar o valor de 48.610 mortes por homicídio em 2008, onde 34.678 desses óbitos foram por meio de armas de fogo<sup>4</sup>.

A distribuição dos homicídios segundo o gênero, no Brasil, aponta para um risco excessivo de morte na população masculina, sobretudo jovens, em todo o País e nas capitais dos estados<sup>5</sup>. Embora os homens apresentem maior risco de morrer por homicídio, Souza (1994)<sup>6</sup> demonstra existir no país uma tendência de crescimento desta causa de óbito na população feminina. Quando analisado o período entre 1998 a 2008, vê-se que 42 mil mulheres foram assassinadas<sup>5</sup>.

Este cenário alarmante tem se estendido para regiões que anteriormente não figuravam no cenário da violência brasileira, como é o caso do Nordeste, e em especial, a Bahia. Em 2006, a capital do Estado, Salvador, figurou no 5º lugar do ranking dos municípios com maior

taxa de homicídio entre a população jovem, ficando atrás apenas das capitais Rio de Janeiro, São Paulo, Recife e Belo Horizonte<sup>7</sup>.

Na Bahia, em 2010, foram vitimadas 4.339 pessoas por homicídio cujo meio de perpetração da morte foi arma de fogo, destas 96,81% foram de homens jovens<sup>5</sup>. A elevação das taxas ao longo do tempo chamou a atenção de pesquisadores que direcionaram os seus estudos no sentido de compreender tanto a dinâmica dos homicídios quanto a sua tendência e distribuição espacial.

Entretanto, fazem-se necessários estudos que permitam a melhor compreensão do desenvolvimento desse fenômeno, principalmente no nível do estado como um todo, uma vez que as pesquisas atuais priorizam determinadas capitais nordestinas ou a Região Metropolitana de Salvador e em entorno<sup>8,9</sup>.

De acordo com a velocidade com que a violência homicida tem se desenvolvido na Bahia, atrelado ao domínio das armas de fogo, este estudo teve como objetivo apresentar a distribuição das mortes por homicídio nas Regionais de Saúde do estado da Bahia, em 2010, destacando o uso da arma de fogo.

## **MÉTODOS**

O presente estudo delimitou-se como ecológico, de comparação de múltiplos grupos e caráter descritivo, tendo como unidade de análise as Regionais de Saúde do Estado da Bahia para o ano de 2010. Para tanto, foram utilizados dados secundários sobre os óbitos por agressão/homicídios referentes a este ano.

Obteve-se as informações referentes aos óbitos, número de mortes e suas características, do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde

(DATASUS), segundo local de residência. O SIM provê informações sobre mortes por causas externas no país desde 1979.

As características sociodemográficas das Regionais de Saúde do Estado da Bahia foram coletadas no banco do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística disponível em meio eletrônico, referentes ao Censo 2010.

Para seleção da causa das mortes utilizou-se informações dos óbitos cuja causa básica possui a denominação de “agressões”, que engloba os códigos X85 a Y09 da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), subdivididos em categorias referentes ao meio utilizado para provocar a morte: agressão por arma de fogo ou meio não especificado-NE (X95), por objeto cortante ou penetrante (X99), por objeto contundente (Y00) e por meio não especificado (Y09). A escolha de outros meios servirá para comparar e melhor visualizar a participação das armas de fogo no contexto da violência homicida. Para tanto, o presente estudo adota a expressão “homicídios” para se referir às agressões, uma vez que estes correspondem a grande parte das mortes por este tipo de causa.

No cálculo dos coeficientes de mortalidade utilizou-se como denominador a população residente de cada local, referente à contagem populacional do censo de 2010. Realizou-se a padronização por faixa etária considerando a população do estado da Bahia também para este ano. Os óbitos foram categorizados segundo sexo, faixa etária, raça-cor da pele e escolaridade.

Desse modo foram realizados os seguintes cálculos para cada Regional de Saúde: razão entre os sexos; taxa de mortalidade bruta; mortalidade padronizada, mortalidade masculina e feminina; risco relativo; taxa de mortalidade específica por arma de fogo ou meio Não Especificado, agressão através de objeto cortante/penetrante, por meio de objeto contundente e por meio não especificado.

Para o cálculo dos indicadores, padronização das taxas, cálculo das proporções, risco relativo e elaboração dos gráficos utilizou-se o programa Microsoft Excel 2010.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, protocolo nº 198/2011 (CAAE: 0177.0.454.000-11), estando de acordo com os princípios éticos para a pesquisa que envolve seres humanos conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## **RESULTADOS**

No Estado da Bahia em 2010 ocorreram 5.756 mortes por homicídio destas, 5.313 (92,30 %) foram de indivíduos do sexo masculino e 443 (7,69%) do sexo feminino.

A tabela 1 apresenta os coeficientes de mortalidade por homicídios padronizados (100.000 habitantes) segundo sexo e o risco relativo masculino (RR) das Regionais de Saúde da Bahia.

A partir da tabela 1, constata-se que as Regionais com os maiores coeficientes de mortalidade por homicídio foram Eunápolis (79,41), Itabuna (67,67), Salvador (65,61), Ilhéus (56,32) e Teixeira de Freitas (55,02). Dentre estas se destaca a regional de Salvador, onde o risco de um homem morrer por homicídio é 15,21 vezes maior que uma mulher. Quando analisadas as 31 Regionais, Senhor do Bonfim chama atenção pelos homens apresentarem um risco 47,95 maior de ir a óbito homicídio que as mulheres, provavelmente devido ao baixo valor do coeficiente de mortalidade feminina.

Vale destacar que das 5.756 mortes por homicídio registradas no Estado da Bahia no ano de 2010, 4.388 foram por meio de arma de fogo, o que corresponde a 76,23 % do total de causas de agressão.

Em todas as Regionais de Saúde do Estado da Bahia as agressões por meio de disparo de arma de fogo ou NE (X95) representaram a principal causa de morte no ano de 2010, seguida por agressões através de objeto cortante/penetrante (X99). Merece destaque as Regionais de Salvador que dos 2.430 óbitos por homicídio ocorridos no ano de 2010, 86,83 % foram por arma de fogo e a Regional de Vitória da Conquista onde as armas de fogo foram responsáveis por 84,53% das mortes por homicídio (Figura 1).

A tabela 2 traz a distribuição percentual dos óbitos por arma de fogo segundo variáveis sociodemográficas nas cinco Regionais de Saúde da Bahia que possuem os maiores coeficientes de mortalidade por homicídio. Através desses dados percebe-se que indivíduos do sexo masculino, com idade entre 20 e 29 anos, de cor parda e com 4 a 7 anos de escolaridade são as principais vítimas dos homicídios por arma de fogo.

## **DISCUSSÃO**

A Regional de Saúde de Eunápolis apresentou os maiores coeficientes de mortalidade por homicídio e a arma de fogo foi o principal meio para perpetração das mortes em todas as Regionais estudadas.

Há aproximadamente cinquenta anos, o Brasil era caracterizado como um país predominantemente rural, que através de um processo adornado na precariedade conseguiu atingir maior grau de urbanização. Arelado a isso, surgiu a criminalidade violenta, especialmente o homicídio, um dos pontos altos da precariedade que caracteriza este processo<sup>10</sup>.

Até metade dos anos 90, os pólos dinâmicos da violência se concentravam nas grandes cidades. A partir de 1999, deu-se início a um processo de estagnação nas capitais, e a

violência seguiu crescendo para o interior. Trata-se de um fenômeno relativamente recente denominado interiorização da violência<sup>11</sup>.

Embora o processo de urbanização tenha se estendido por todo o território nacional, tal fenômeno não foi uniforme. Diferentes regiões sofreram impactos desiguais e apresentaram um quadro contrastante na distribuição populacional. Os pólos de atração econômica do interior e os maiores investimentos em segurança nas regiões metropolitanas direcionaram a violência para centros interioranos, vitimando de sobremaneira um público masculino, jovem, com pouca escolaridade<sup>11,12</sup>.

Em se tratando da Bahia, os resultados deste estudo não destoam daqueles trazidos pela literatura, tanto no que diz respeito às características sócio-demográficas das vítimas, quanto às elevadas taxas de mortalidade por homicídio em regionais que concorreram com recente e acelerado processo de urbanização<sup>8,9,13</sup>.

Nessa perspectiva, corroborando com os resultados aqui encontrados, Moura (2011)<sup>9</sup> realizou uma pesquisa na cidade de Feira de Santana e constatou que o perfil das vítimas de homicídio no município de Feira de Santana é composto por adolescentes e adultos jovens, na faixa etária de 15 a 29 anos de idade, de raça/cor parda ou preta, de sexo masculino, grau de instrução fundamental, morador de bairros periféricos.

O Estado vem aumentando sua taxa de urbanização no decorrer dos anos, acompanhando a tendência brasileira, onde 72,1% da população residia na zona urbana em 2010. Nesse sentido, Soares (2008)<sup>14</sup>, afirma que a rapidez da urbanização em países com recursos escassos faz com que as cidades cresçam sem infra-estrutura adequada (hospitais, escolas, segurança, empregos, recursos sanitários) incrementando as taxas de homicídio.

Tais dados aparecem como importante contribuição no entendimento dos altos coeficientes de mortalidade por homicídio encontrados em Regionais que possuem menos da

metade da população que a maior Regional do Estado, Salvador. É o caso da Regional de Eunápolis, que desponta com o maior coeficiente de mortalidade por homicídio do Estado.

A região de Eunápolis vem se destacando no comércio exportador de papel e celulose, o que trouxe consigo elevações do Produto Interno Bruto-PIB e altas taxas de urbanização em muitas cidades. Entretanto, a monocultura de eucalipto tem provocado um forte movimento de êxodo rural, resultado, este, ressaltado na pesquisa de Raykil (2006)<sup>13</sup>. No entanto, este autor, com muita propriedade, lembra que a falta de planejamento estatal contribui decisivamente para a saída do homem do campo para a cidade, provocando crescimento desordenado nos centros urbanos.

Em trabalho de campo no município de Teixeira de Freitas, Fontes (2007)<sup>15</sup> elencou alguns resultados negativos da interferência da indústria de papel e celulose na região do Extremo Sul da Bahia, como por exemplo, o êxodo rural, o surgimento de favelas, o crescimento da miséria, da violência e criminalidade, o aumento da incidência de doenças infectocontagiosas e a ameaça à atividade pesqueira e ao veraneio à beira-mar.

De acordo com o exposto, uma breve retomada na história dos municípios sede das Regionais de Itabuna e Ilhéus pode culminar no entendimento do cenário violento ali instalando. A crise na lavoura cacaueteira alterou toda a estrutura econômica e social da região, provocando um intenso êxodo rural seguido do elevado incremento populacional nos centros urbanos maiores (Ilhéus e Itabuna). Esse quadro gerou um agravamento nas questões de emprego, renda e habitação, tornando ambas as cidades problemáticas, com o crescimento de favelas, da marginalidade, desemprego e criminalidade<sup>16</sup>.

Salienta-se que mais de 70% desses homicídios estão ligados direta e indiretamente ao consumo e/ou tráfico de drogas ilícitas, sobretudo o *crack*, e as principais vítimas são adolescentes e jovens adultos que vivem nas áreas desassistidas pelo poder público onde predominam condições precárias de vida<sup>17</sup>.



Para Silva (2006)<sup>18</sup>, os homicídios são causados por fatores individuais e estruturais, que se encontram intimamente relacionados. Os fatores individuais referem-se aos perfis sócio-biográficos de vítimas e acusados, enquanto os fatores estruturais denotam o contexto sócio-demográfico e territorial, características urbanas e sociais nas quais os indivíduos estão inseridos. Independente dos fatores que levam aos homicídios, o que não se pode negar é que este evento tem forte ligação com o tráfico de drogas e o comércio de armas de fogo.

Esta lógica não muda para a Regional de Salvador, que figura o terceiro maior coeficiente de mortalidade por homicídio do Estado, maior coeficiente masculino de mortalidade por homicídio, regional onde o risco relativo de um homem morrer por homicídio é 15,21 vezes maior que uma mulher, além de ser a regional onde mais de 80% dos homicídios foram por arma de fogo.

A regional de Salvador concentra grandes pólos industriais e do universo de 417 municípios, apenas 43 possuem renda média superior a R\$ 200/família, sendo que o município de Salvador é o único que apresenta renda superior a R\$ 500/família, segundo dados divulgados pela Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia para o ano de 2000. Com relação ao indicador sobre a participação no PIB estadual, esses dados mostraram que apenas três municípios têm uma participação no PIB estadual superior a 5%, e apenas Salvador tem uma participação entre 35 e 40% do PIB estadual<sup>17</sup>.

Tais dados mostram o quanto são díspares as condições socioeconômicas a nível intra-estadual, ajudando a reforçar a idéia de que as taxas de homicídio estão intimamente relacionadas aos níveis de renda, como afirma Macedo et al. (2001)<sup>19</sup> através dos seus estudos.

Entretanto, Lima e Ximenes (1998)<sup>20</sup> realizaram uma pesquisa em Recife onde os resultados contrariaram a idéia de que o crescimento das cidades, juntamente com a migração das populações rurais e o aumento da pobreza, seria responsável pelo crescimento da

violência. Contudo reforçam a idéia de que as desigualdades sociais estão relacionadas à distribuição dos homicídios no espaço urbano.

Nesse contexto, se insere o uso da arma de fogo que geralmente tem a sua participação atrelada às disputas de poder entre indivíduos que vivem em ambientes socioeconomicamente desfavoráveis e acabam se envolvendo com tráfico e/ou consumo de drogas. Dessa forma, vê-se que a pobreza e a desigualdade muitas vezes podem motivar o crime, mas isto por si só não explica o problema<sup>11</sup>.

Dessa forma, os determinantes da violência e de seu crescimento, claramente envolvem fatores múltiplos de complexa identificação, por isso exigem reconhecimento social e planos de ação que englobem não só mudanças socioeconômicas, mas também uma reorientação das medidas de segurança pública<sup>11,19</sup>.

Iniciativas importantes têm sido tomadas na tentativa de conter a violência, como o Estatuto do Desarmamento, que prevê uma série de dispositivos para controlar a venda e a posse de armas de fogo, e a vigilância epidemiológica de violências e acidentes que se propõe a obter informações sobre o comportamento desses agravos e subsidiar ações de enfrentamento dos seus determinantes e condicionantes.

Ainda que tais intervenções não atuem pontualmente sobre a estrutura social, apontada como geradora das desigualdades econômico-culturais, elas têm o potencial de reduzir as taxas atuais de violência por promover valores de paz e oferecer certas oportunidades aos grupos submetidos a maiores riscos.

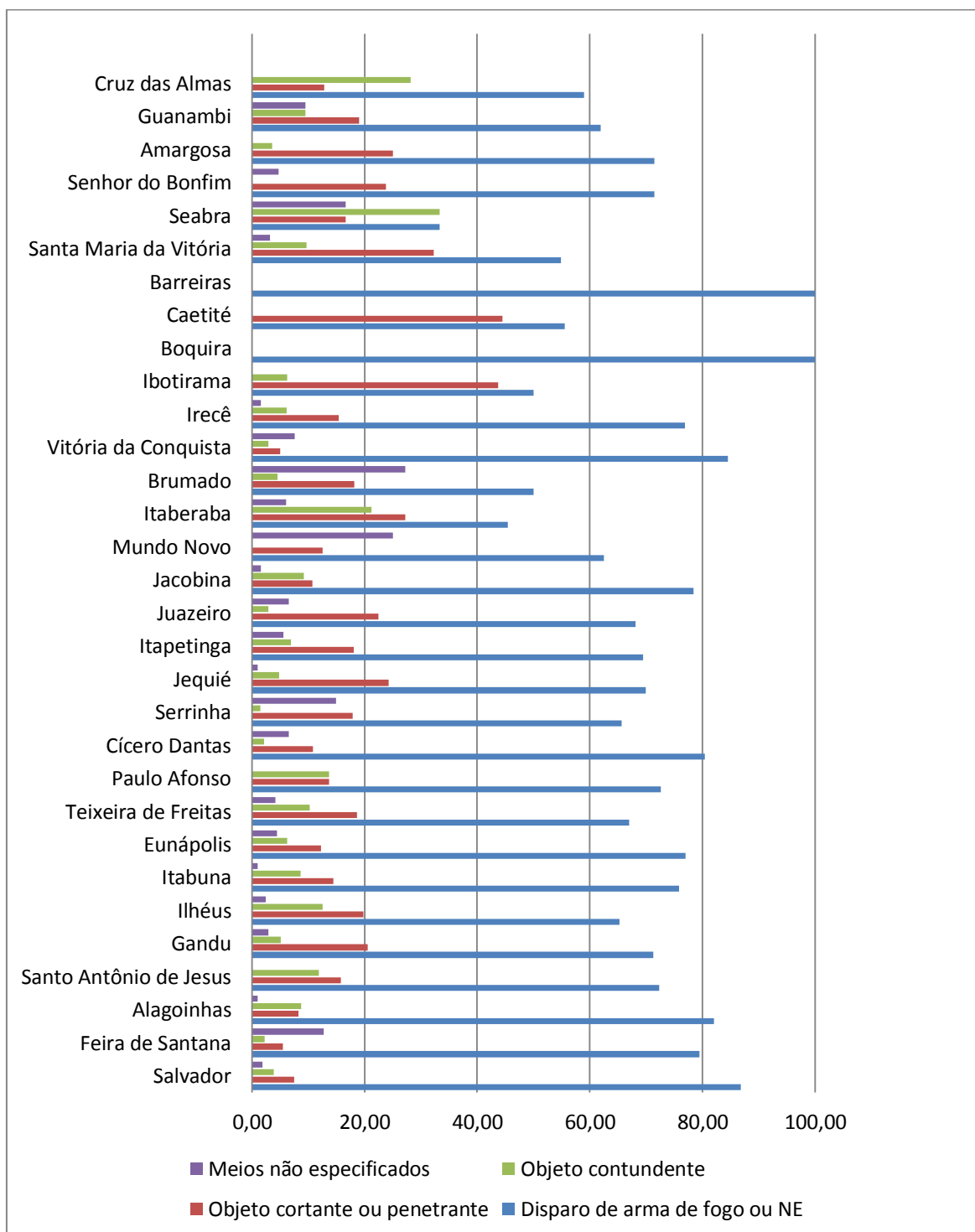
Tabela 1. Coeficiente de mortalidade por homicídio padronizado (100.000 habitantes) segundo sexo e Risco Relativo masculino (RR), Regionais de Saúde da Bahia, Brasil 2010.

Regional de Saúde	Coeficiente de Mortalidade			RR (IC 95%)	
	Total	Masculino	Feminino	Exposto = Masculino	
Salvador	65,61	133,87	8,80	15,21	(13,52 – 17,06)
Feira de Santana	40,11	79,18	5,62	14,08	(10,56 – 18,74)
Alagoinhas	41,71	79,84	5,44	14,67	(9,74 – 22,03)
Santo Antônio de Jesus	28,72	52,33	7,12	7,35	(4,17 – 12,91)
Gandu	44,98	84,37	4,53	18,63	(10,80 – 32,06)
Ilhéus	56,32	100,16	9,85	10,17	(6,71 – 15,37)
Itabuna	67,67	125,57	8,74	14,37	(10,34 – 19,89)
Eunápolis	79,41	145,10	13,45	10,79	(7,66 – 15,15)
Teixeira de Freitas	55,02	93,27	13,96	6,68	(4,76 – 9,35)
Paulo Afonso	37,11	70,23	5,83	12,05	(6,58 – 22,01)
Cícero Dantas	18,2	30,73	3,90	7,88	(3,85 – 16,11)
Serrinha	11,45	20,62	1,29	15,95	(7,55 – 33,67)
Jequié	24,6	41,33	6,46	6,40	(4,04 – 10,12)
Itapetinga	31,86	54,45	7,54	7,22	(3,97 – 13,07)
Juazeiro	30,93	56,85	2,92	19,45	(11,34 – 33,32)
Jacobina	19,65	34,06	3,69	9,24	(4,86 – 17,51)
Mundo Novo	10,55	19,46	0,00	0,00	( - )
Itaberaba	14,48	25,54	2,43	10,50	(4,05 – 27,15)
Brumado	8,47	14,99	2,37	6,34	(2,19 – 18,29)
Vitória da Conquista	45,84	85,93	5,30	16,22	(11,28 – 23,25)
Irecê	20,15	34,31	3,58	9,58	(5,07 – 18,05)
Ibotirama	10,1	14,87	2,22	6,70	(1,86 – 24,10)
Boquira	2,08	4,08	0,00	0,00	( - )
Caetité	4,46	6,66	1,93	3,46	(0,79 – 15,12)
Barreiras	0,54	0,98	0,00	0,00	( - )
Santa Maria da Vitória	14,78	25,01	2,09	11,99	(4,77 – 30,10)
Seabra	4,1	3,44	4,52	0,76	(0,17 – 3,38)
Senhor do Bonfim	17,56	33,61	0,70	47,95	(15,48 – 148,44)
Amargosa	19,05	33,34	3,68	9,06	(3,39 – 24,17)
Guanambi	9,71	17,92	0,91	19,73	(4,76 – 81,62)
Cruz das Almas	16,51	30,53	3,87	7,90	(3,59 – 17,33)

Fonte: MS/SVS/DATASUS/SIM; IBGE, 2010.

Foram excluídos os óbitos com sexo e idade ignorados.

Figura 1. Mortalidade proporcional por tipo de agressão, Regionais de Saúde da Bahia, Brasil, 2010.



Fonte: MS/SVS/DATASUS/SIM, 2010.

Tabela 2. Distribuição percentual dos óbitos por arma de fogo e meio não especificado segundo variáveis sócio-demográficas e Regionais de Saúde da Bahia, Brasil, 2010.

Variáveis	Eunápolis	Itabuna	Salvador	Ilhéus	Teixeira de Freitas
<b>Sexo</b>					
Masculino	94,7	96,6	95,0	93,6	91,7
Feminino	5,3	3,4	5,0	6,4	8,3
<b>Faixa etária (anos)</b>					
0 a 9	0	0,4	0,1	1,9	0,0
10 a 19	27,8	27,1	25,4	13,9	18,9
20 a 29	43,4	45,8	50,6	48,1	43,4
30 a 39	15,6	14,8	16,7	24,1	21,0
40 a 49	6,8	8,9	4,7	10,2	13,3
50 a 59	4,4	2,1	1,8	0,9	2,1
60 e mais	2,0	0,8	0,8	0,9	1,4
<b>Raça/cor*</b>					
Branca	5,3	2,5	6,2	0,0	4,9
Preta	6,3	11,9	13,1	10,1	10,4
Amarela	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
Parda	80,8	84,7	78,5	89,9	78,5
Indígena	0,5	0,0	0,1	0,0	0,7
Sem informação	7,2	0,8	1,9	0,0	5,6
<b>Escolaridade</b>					
Nenhuma	6,3	6,4	1,6	10,1	6,3
1 a 3 anos	20,2	45,8	24,6	45,0	7,6
4 a 7 anos	31,3	34,3	51,7	27,5	27,1
8 a 11 anos	2,9	9,3	17,8	12,8	11,1
12 anos e mais	1,0	0,8	1,8	0,0	1,4
Ignorado	38,5	3,4	2,5	4,6	46,5

Fonte: MS/SVS/DATASUS/SIM; IBGE, 2010.

## REFERENCIAS

1-Abramoway M, Castro MG, Pinheiro L de C, Lima F de S, Martinellie C da C. Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafio para políticas públicas. [s.l], UNESCO, 2002. p. 28. Relatório.

2-Barata RB, Ribeiro MCS de A, Sordi MD. Desigualdades sociais e homicídios na cidade de São Paulo, 1998. Revista Brasileira de Epidemiologia. São Paulo, [s.n.], p. 3-13, março, 2008.

3-Confederação Nacional dos Municípios. Homicídios por Armas de Fogo no Brasil, Taxas e números de vítimas antes e depois da Lei do Desarmamento. Brasília, DF: [s.n.], 2010. 28 p.

4-Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde. Demográficas e socioeconômicas [acessado em 05 fev. 2012]. Disponível em <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?igbe/cnv/popba.def>.

5-Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2010: Anatomia dos Homicídios no Brasil. Instituto Sangari. Brasília, DF, 2010. [acessado em 10 ago. 2012]. Disponível em <http://www.sangari.com/mapadaviolencia/>.

6-Souza ER. Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública na década de 80. Cadernos de Saúde Pública 10(1s): 45-60, 1994.

7-Waiselfisz JJ. Mapa da Violência dos municípios brasileiros. Instituto Sangari. Brasília, DF, 2008. [acessado em 12 set. 2012]. Disponível em <http://www.mp.rs.gov.br/areas/infancia/arquivos/mapadaviolencia.pdf>.

8-Paim JS, Costa HOG, Vilasbôas ALQ. Política pública e controle da violência: um estudo de caso na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(3):485-494, mar, 2009.

9-Moura CL de A, Araújo EM de, Chaves JMC. Mortes por causas externas: Modelagem através de geotecnologia dos homicídios ocorridos no perímetro urbano da cidade Feira de

Santana-Ba no período 24 de 2000-2005. In: XV Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto - SBSR,15, 2011, Curitiba-PR. INPE. p.8365-8372.

10-Cardia NA, Poletto SF. Homicídio e violação de direitos humanos em São Paulo. Estudos Avançados, São Paulo, v. 17, n. 47, p. 43-73. [acessado em 08 set. 2012]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ea/v17n47/a04v1747.pdf>.

11-Nóbrega Júnior JMP da. Os Homicídios no Brasil, no Nordeste e em Pernambuco: dinâmica, relações de causalidade e políticas públicas. [Tese de Doutorado]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2010.

12- Ramão FP, Wadi YM. Espaço urbano e criminalidade violenta: análise da distribuição espacial dos homicídios no município de Cascavel/PR. Rev. Sociol. Polít., Curitiba, v. 18, n. 35, p. 207-230, fev. 2010.

13- Raykil C. Impactos socioeconômicos da monocultura do eucalipto e produção de celulose no Extremo Sul da Bahia. In: KOOPMANS, José. Além do eucalipto: o papel do Extremo Sul. Centro de Defesa dos Direitos Humanos/Teixeira de Freitas (BA), 2006. p.235-256.

14- Soares GAD. Não matará: Desenvolvimento, Desigualdade e Homicídio. São Paulo: FGV, 2008.

15-Fontes E de O. Organização do espaço e desenvolvimento regional no Extremo Sul da Bahia: os segmentos produtivos da celulose e do turismo. [Tese de Doutorado]. Aracaju (SE): Universidade Federal de Sergipe; 2007.

16-Santos AAP dos, Guirra GCS, Souza LE de. Desigualdade, vulnerabilidade social e ampliação da violência homicida em cidades médias do Brasil: um estudo de caso de Itabuna e Ilhéus. Informe Geográfico. In: Boletim Informativo do Curso de Geografia da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, Ilhéus-BA. Ano X – Nº 20. ISSN 1982-8039. Nov/Dez- 2010

17- Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Morbimortalidade por acidentes e violências na Bahia, 1996 a 2005. Relatório Epidemiológico. Salvador, 2007, 42 p.

18- Silva KA. Tipologia dos Homicídios Consumados e Tentados Uma Análise Sociológica das Denúncias Oferecidas pelo Ministério Público de Minas Gerais- Comarca de Belo Horizonte - 2003 a 2005. [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.

19- Macedo AC, Paim JS, Silva LMV da, Costa M da CN. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. Rev. Saúde Pública. 2001, vol.35, n.6 [cited 2012-11-20], pp. 515-522 . [acessado em 3 set. 2011]. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102001000600004&lng=en&](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000600004&lng=en&).

20- Lima MLC, Ximenes RAA. Violência e morte: diferenciais da mortalidade por causas externas no espaço urbano do Recife, 1991. Cad Saúde Pública 1998;14:829-40.



#### 4.2 MANUSCRITO 2: DETERMINANTES DOS HOMICÍDIOS NO ESTADO DA BAHIA, BRASIL, 2010.

Este manuscrito será submetido à revista “Cadernos de Saúde Pública”, elaborado conforme as instruções que estão disponíveis em:

→[http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=93&Itemid=28&lang=pt](http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=93&Itemid=28&lang=pt) , acessado em novembro 2012.

**DETERMINANTES DOS HOMICÍDIOS NO ESTADO DA BAHIA,  
BRASIL, 2010.**

*Henika Priscila Lima Silva<sup>1</sup>*

*Adriana Alves Nery<sup>2</sup>*

*Cezar Augusto Casotti<sup>3</sup>*

**RESUMO:** Objetivou-se verificar associação entre as variáveis sociodemográficas e as taxas de homicídio, através de um estudo ecológico, transversal que teve como unidade de análise as 31 Regionais de Saúde do Estado da Bahia, Brasil para o ano de 2010. Os óbitos por agressão foram extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade e os dados socioeconômicos e demográficos foram obtidos do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. As correlações foram estatisticamente significantes, exceto em relação à Gini da renda, proporção de famílias com água de poço, com casa de taipa, sem tratamento de água, taxa de analfabetismo e pessoas com menos de 15 anos sem instrução. As correlações mais fortes foram encontradas entre taxa de desemprego ( $r=0,6202$ ), grau de urbanização ( $r=0,7601$ ), proporção de famílias com água pública ( $r= 0,5331$ ), com lixo coletado ( $r=0,8153$ ) e população masculina em número absoluto ( $r=0,6028$ ). Os resultados reforçam a idéia da complexidade da influência dos fatores causais extrínsecos na determinação desse desfecho.

**Palavras-chave:** Violência, Homicídio, Fatores Socioeconômicos, Análise Estatística.

---

<sup>1</sup> Fisioterapeuta. Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB.

<sup>2</sup> Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB.

<sup>3</sup> Odontólogo. Professor Doutor do Departamento de Saúde e Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB.

## **DETERMINANTS OF HOMICIDES FOR THE YEAR 2010 IN THE STATE OF BAHIA, BRAZIL**

### **ABSTRACT**

This study aimed to assess the association between socio-demographic variables and homicide rates, through an ecological cross-sectional study which used as analysis units the 31 Health Regions of the State of Bahia, Brazil, for the year 2010. Decease registers of deaths caused by assault were extracted from the Mortality Information System and the socioeconomic and demographic data were obtained from the 2010 Census of the Brazilian Institute of Geography and Statistics. Correlations were statistically significant except regarding Gini income, proportion of households using well water, living in mud huts, without sewerage, illiteracy and people under 15 years without instruction. The strongest correlations were found between unemployment rate ( $r = 0.6202$ ), degree of urbanization ( $r = 0.7601$ ), proportion of households with public water ( $r = 0.5331$ ), garbage recollection service ( $r = 0.8153$ ) and male population in absolute numbers ( $r = 0.6028$ ). The results reinforce the idea of causal influence complexity of extrinsic factors in determining this outcome.

**Keywords:** Violence, Homicide, Socioeconomic Factors, Statistical Analysis.

## INTRODUÇÃO

O crescimento da mortalidade por causas violentas, na maioria das sociedades contemporâneas, vem sendo objeto de reflexão entre pesquisadores da saúde coletiva, gestores e sociedade civil como um todo. As mais diversas técnicas têm sido utilizadas, na perspectiva de esclarecer as dimensões do problema, compreender os determinantes a nível coletivo e identificar grupos e populações de risco, contribuindo, assim, para o controle desta que se tornou a grande preocupação mundial<sup>1</sup>.

No período que compreende os anos de 1998 e 2008, o número total de homicídios registrados pelo Sistema de Informação de Mortalidade-SIM passou de 41.950 para 50.113, o que representa um incremento de 17,8%, levemente superior ao incremento populacional do período que, segundo estimativas oficiais, foi de 17,2%. Neste sentido, destacam-se as regiões Norte e Nordeste, onde estados como Pará, Alagoas, Maranhão, Bahia, Rio Grande do Norte e Sergipe mais que triplicaram o número de homicídios na década analisada<sup>2</sup>.

O homicídio foi a principal causa de morte violenta no Estado da Bahia e a que mais se elevou passando de 1.883 óbitos em 1996 para 2.816 no ano de 2005, portanto, um aumento de mais de 49,5%, que vitimou no período 17.912 pessoas<sup>3</sup>.

A análise do período compreendido entre 1999 e 2010, mostra que o Estado da Bahia vivenciou uma forte onda de mortes por homicídios, o que fez com que o Estado atingisse o 7º lugar no ranking da violência nacional. Entretanto, embora a Bahia não esteja entre os estados com maior índice de morte por causas externas no Brasil, essas causas ocupam o segundo lugar no quadro geral de mortalidade do Estado, apresentando forte tendência ao crescimento<sup>4</sup>.

Vários estudos sobre as causas de morte no Brasil evidenciam o aumento da incidência de óbitos devido às causas externas e têm apontado uma relação da violência por homicídio com as condições de vida, destacando o papel dos indicadores de desigualdade social<sup>1,5,6</sup>. De modo geral, as mortes violentas são decorrentes de um conjunto de fatores e são responsáveis por perdas significativas de anos de vida, principalmente entre os adolescentes e jovens do sexo masculino<sup>4</sup>.

Existe certa escassez de estudos que abordem a violência no Estado da Bahia como um todo em uma perspectiva não descritiva, associando as taxas de homicídios com as condições de vida, através da utilização de variáveis socioeconômicas e demográficas. Boa parte dos estudos existentes abordam os aspectos relacionados à violência municipal ou a nível local, com destaque para a Região Metropolitana de Salvador<sup>7,8</sup>.

Diante da importância do Estado da Bahia no contexto da violência na Região, e consequentemente, no país, objetivou-se nesse estudo analisar os eventos associados aos homicídios no Estado da Bahia, no ano de 2010.

Dessa forma, a relevância do presente estudo reside no fato de avaliar, discutir, identificar e descrever as relações entre o desfecho morte e suas possíveis variáveis de exposição, de forma analítica, em todo Estado da Bahia numa perspectiva das Regionais de Saúde.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo ecológico, transversal, tendo como unidade de análise as Regionais de Saúde do Estado da Bahia para o ano de 2010.

Foram analisadas as possíveis associações entre variáveis sócio-demográficas e as taxas de morte por homicídio por 100.000 habitantes para cada Regional de Saúde do Estado.

Os dados referentes aos óbitos por homicídio foram extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, segundo local de residência. Para a seleção da causa das mortes foram utilizados os códigos X85 a Y09 (agressões) da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

As variáveis socioeconômicas e demográficas foram consideradas como sendo de exposição, e obtidas através dos Censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

As variáveis socioeconômicas e demográficas foram divididas nas seguintes categorias para melhor visualização dos resultados: trabalho e renda (gini da renda, taxa de desemprego e proporção de população com baixa renda); educação (taxa de analfabetismo e pessoas de menos de 15 anos sem instrução); condições de saneamento (proporção de famílias com abastecimento público de água, que utilizam água de poço, sem tratamento de água, que depositam o lixo a céu aberto, que possuem coleta pública de lixo, que despejam fezes e urina a céu aberto, que despejam fezes e urina em esgoto, que vivem em casa de tijolo, que vivem em casa de taipa e famílias sem energia elétrica); aspecto demográfico (proporção de homens na população, população masculina/número absoluto), grau de urbanização.

O programa Microsoft Excel 2010 foi utilizado para a construção dos indicadores, padronização das taxas, cálculo das proporções e elaboração dos gráficos, e o software IBM SPSS versão 15 para o cálculo dos coeficientes de correlação. Foram calculados os coeficientes gerais de mortalidade por homicídio das regionais de saúde do estado da Bahia. A

partir do valor máximo encontrado para o coeficiente geral de mortalidade por homicídios, dividiu-se em quartis, da seguinte forma: o primeiro quartil corresponde a taxa de mortalidade entre 0,0 a 11,00 (Quartil 25); o segundo de 12,00 a 20,00 (Quartil 50); o terceiro de 21,00 a 42,00 (quartil 75) e o quarto de 43,00 até 80,00 (Quartil 100). Para melhor visualização destes resultados, utilizou-se a representação gráfica por cores, onde as cores correspondem aos quartis.

Foi testada a associação entre a variável dependente-coeficiente de mortalidade por homicídio, utilizando as taxas padronizadas, e variáveis socioeconômicas e demográficas por meio do teste de correlação de Spearman, considerando valor de  $p < 0,05$  para significância estatística, visto que a maior parte das variáveis da amostra estudada não apresentou distribuição normal no teste de Kolmogorov-Smirnov.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, protocolo nº 198/2011 (CAAE: 0177.0.454.000-11), estando de acordo com os princípios éticos para a pesquisa que envolve seres humanos conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Das 5.756 mortes por homicídio registradas no Estado da Bahia no ano de 2010, 5.313 (92,30 %) acometeram indivíduos do sexo masculino e 443 (7,69%) vítimas do sexo feminino.

Quanto à faixa etária verificou-se que a mais atingida foi a de 20 a 29 anos, totalizando 2.426 óbitos (42,14%), seguida da faixa de 30 a 39 anos com 1.122 mortes (19,49%) e por último a de 15 a 20 anos com 1.053 óbitos (18,29%).

A figura 1 traz a distribuição dos coeficientes de homicídio por regionais de saúde do estado da Bahia, alocadas por cores de acordo com o quartil. A análise dos coeficientes de mortalidade por homicídio para cada uma das 31 Regionais de Saúde do estado mostrou que as cinco regionais mais impactadas por este evento foram: Eunápolis (79,41), Itabuna (67,67), Salvador (65,61), Ilhéus (56,32) e Teixeira de Freitas (55,02).

A tabela 1 apresenta os dados referentes à Correlação de Spearman ( $r$ ) entre as taxas padronizadas de mortalidade por homicídio e as variáveis socioeconômicas e demográficas da

Bahia em 2010. Através desta tabela torna-se possível perceber a inconsistência dos resultados entre a associação dos indicadores socioeconômicos e violência.

As taxas padronizadas de mortalidade por homicídio e as variáveis socioeconômicas e demográficas apresentaram correlação estatisticamente significativa com a ocorrência de homicídios, com exceção dos indicadores Gini de renda, proporção de famílias com água de poço, com casa de taipa e famílias sem tratamento de água, taxa de analfabetismo e pessoas com menos de 15 anos sem instrução (Tabela 1).

A taxa de desemprego ( $r=0,6202$ ), grau de urbanização ( $r=0,7601$ ), proporção de famílias com água pública ( $r=0,5331$ ), com lixo coletado ( $r=0,8153$ ), sem energia ( $r=0,5508$ ) e população masculina em número absoluto ( $r=0,6028$ ) mostraram-se fortes e positivamente correlacionados com as taxas de homicídio.

Os coeficientes de mortalidade por homicídio e as variáveis: proporção de população com baixa renda ( $r=-0,5464$ ), de famílias com lixo a céu aberto ( $r=-0,6448$ ), com fezes e urina a céu aberto ( $r=-0,5681$ ), com casa de tijolo ( $r=-0,6331$ ) e proporção de homens na região ( $r=-0,4089$ ), mostraram correlação negativa segundo o teste de Spearman.

Tabela 1. Correlação de Spearman ( $r$ ) entre as taxas padronizadas de mortalidade por homicídio e os indicadores socioeconômicos e demográficos, Bahia, Brasil, 2010.

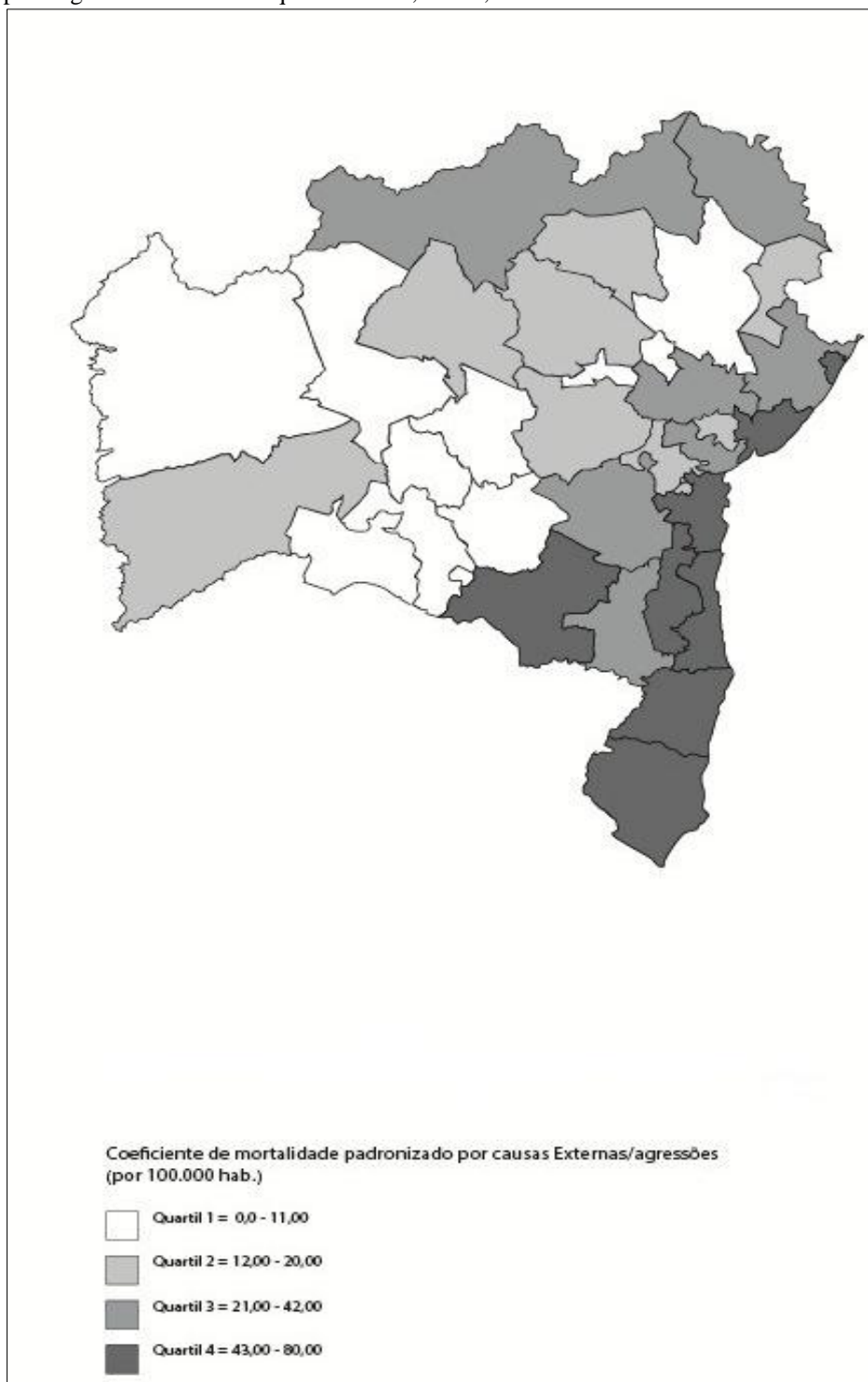
Indicador	Taxa padronizada de mortalidade por Homicídio	
	$r$	p
<b>Trabalho e Renda</b>		
Gini da renda	0.2341	0.2050
*Taxa de desemprego	0.6202	0.0002
*Proporção de população com baixa renda	-0.5464	0.0015
*Grau de urbanização	0.7601	0.0000
<b>Educação</b>		
*Taxa de analfabetismo	-0.3979	0.0266
*Pessoas de menos de 15 anos sem instrução	-0.6234	0.0002
<b>Condições de saneamento</b>		
*Proporção de famílias com água pública	0.5331	0.0020
Proporção de famílias com água de poço	-0.2367	0.1998
*Proporção de famílias com lixo a céu aberto	-0.6448	0.0001
*Proporção de famílias com lixo coletado	0.8153	0.0000
*Proporção de famílias com fezes e urina a céu aberto	-0.5681	0.0009
*Proporção de famílias com casa de tijolo	-0.6331	0.0001
Proporção de famílias com casa de taipa	0.2367	0.1998
*Proporção de famílias sem energia	0.5508	0.0013
Proporção de famílias sem tratamento de água	0.1496	0.4218
<b>Aspecto demográfico (masculino)</b>		
*Proporção de homens na região (razão)	-0.4089	0.0224
*População masculina (número absoluto)	0.6028	0.0003

Fonte: MS/SVS/DATASUS/SIM; IBGE, 2010.

\*variáveis que apresentaram significância estatística.



Figura 1. Distribuição do coeficiente de mortalidade por homicídios (por 100.000 hab.) por Regional de Saúde em quartis. Bahia, Brasil, 2010.



Fonte: MS/SVS/DATASUS/SIM; IBGE, 2010.

## DISCUSSÃO

No Brasil, o Sistema de Vigilância Epidemiológica dos Acidentes e Violência está baseado no acompanhamento dos dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) que pela sua qualidade permite o conhecimento dos principais tipos de causas externas que determinam as mortes. Essas bases de dados são de fácil acesso, disponibilizadas pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), do Ministério da Saúde e, desde que apresentem qualidade na captação da informação, são capazes de oferecer análises consistentes, gerando hipóteses e permitindo o acompanhamento das intervenções realizadas e o monitoramento do evento<sup>9</sup>.

Na Bahia os dados da mortalidade por homicídios disponíveis mostram que houve grandes oscilações das taxas nas últimas décadas. De qualquer modo, tanto na capital quanto no interior os números cresceram drasticamente, ao ponto de elevar as taxas do estado em 2010, no ordenamento da violência nacional<sup>2</sup>.

Esse fenômeno poderia ser explicado, em parte, pela melhoria das informações nas declarações de óbitos, redução de causas mal definidas e aumento da cobertura do Sistema de Informações sobre Mortalidade. O crescimento dos homicídios nas faixas etárias mais jovens e no sexo masculino, entretanto, demonstra que os homicídios tiveram uma participação real e maior no padrão de mortalidade da população baiana.

Assim como neste estudo, Souza e Minayo (2007)<sup>10</sup> encontraram resultados similares quanto à participação das faixas etárias mais jovens no cenário da violência brasileira. Afirmam, no entanto, que o grupo mais atingido corresponde ao de 20 a 24 anos, que disputou a primeira posição com o de 25 a 29 anos até 1993 e, a partir de então, assumiu a primazia. Embora o segmento de 15 a 19 anos apresentasse taxas menores, foi o que teve maior crescimento (33,8%), quando se comparam as médias das taxas dos períodos 2000-2005 e 1980-1985.

A associação entre criminalidade e desigualdade de renda tem sido objeto de estudo de áreas como saúde e economia. A atenção voltada para este tema parte do cenário crescente da violência homicida que preocupa as autoridades e sociedade civil como um todo.

Os resultados de muitas pesquisas que analisam a força de correlação entre a desigualdade de renda como determinante da violência urbana, em diferentes contextos, épocas, com metodologias e dados distintos, apontam para uma relação recorrentemente significativa<sup>11,12</sup>. Entretanto, os resultados podem aparecer divergentes; variáveis

socioeconômicas como coeficiente de Gini, pobreza e desemprego podem estar associadas positivamente, negativamente, ou sequer apresentar associação com as taxas de violência criminal<sup>13</sup>.

Os resultados da presente pesquisa levam a crer que a violência homicida não se restringe a explicações meramente geográficas ou geopolíticas, mas requerem análise mais aprofundada, compatível com a complexidade da questão. Tal afirmação se sustenta na constatação de que os resultados aqui encontrados diferem de pesquisas realizadas em outros Estados brasileiros por demonstrarem uma relação inversa entre algumas variáveis sócio-demográficas e as taxas de homicídio, bem como pela metodologia empregada<sup>11,12</sup>.

As contradições se estendem quando avaliadas sob a ótica de que alguns países que possuem melhores condições de vida, quando analisados segundo os indicadores educacionais, de saúde, macroeconômicos e aspectos demográficos, apresentam, simultaneamente, taxas cada vez maiores de homicídio<sup>14</sup>.

Estudos realizados por Cano e Santos (2001)<sup>15</sup> e Paim et al. (2009)<sup>7</sup> mostram que em áreas metropolitanas no Brasil o número de homicídios é mais alto nos bairros pobres, sendo a região intramunicipal a que revela mais forte influência da variável renda. No entanto, ao comparar os estados brasileiros, os mesmos autores concluem que as variáveis renda, educação e desigualdade têm impacto menos significativo nas taxas de homicídios do que a variável urbanização. Ou seja, as municipalidades com alta proporção de população urbana detêm taxas muito mais altas de homicídio.

Os estudos citados contribuem para o entendimento dos resultados da pesquisa em questão, uma vez que o grau de urbanização mostrou-se forte e significativamente relacionado aos homicídios.

O território baiano encontra-se organizado em 417 municípios. Quanto ao porte populacional, 59,5% deles são de pequeno porte, ou seja, possuem menos de 20.000 habitantes. Além disso, o Estado vem aumentando sua taxa de urbanização no decorrer dos anos, acompanhando a tendência brasileira, sendo que em 2010, 72,1% da população residia na zona urbana<sup>16</sup>.

O que se pode inferir é que na Bahia com o advento da rápida urbanização, o rearranjo demográfico muitas vezes ocorreu de forma mais acentuada do que a realocação dos recursos básicos para garantir uma vida digna a amplas parcelas da população, favorecendo alguns grupos ou regiões em detrimento de outras. Segundo Moura (2004)<sup>17</sup>, as áreas mais urbanizadas são as que possuem os mais expressivos indicadores de atividades econômicas, mas também as que ostentam indicadores sociais de grande desigualdade.

Esse evento pode ser positivamente sustentado ao analisar a Regional de Saúde de Eunápolis, que apresentou o maior coeficiente de mortalidade por homicídio ao mesmo tempo em que se caracteriza como uma das menores regionais do estado. Entretanto, tais dados podem estar relacionados às importantes transformações espaciais e socioeconômicas pelas quais a Região Extremo Sul da Bahia vêm passando desde a década de 70 com a abertura da BR 101 e, posteriormente, implantação de indústrias de papel e celulose na região. Os investimentos realizados pelas indústrias de celulose promoveram mudanças relevantes no Produto Interno Bruto (PIB) em todos os municípios do Extremo Sul, comparando-se os anos de 1999 e 2003, especialmente em Itabela e Eunápolis que apresentaram taxas de crescimento superiores a 100%<sup>18</sup>.

Fortalecendo os resultados aqui encontrados, Silva (2000)<sup>19</sup> destaca que o processo rápido de industrialização e urbanização provoca movimentos migratórios, sendo esta aglomeração de pessoas direcionada para as periferias das cidades e submetidas à pobreza. O ambiente sob estas condições gera expansão da violência e criminalidade.

Entretanto, não se pode deixar de considerar a lógica de que à medida que cresce a urbanização, ainda que exista o fenômeno do êxodo rural com inchaço das periferias, a tendência da localidade quando vista como um todo é apresentar certa melhoria dos indicadores sócio-demográficos. Não obstante, a atmosfera que se cria em um ambiente como esse é de competição, na maioria das vezes desigual, entre aqueles poucos que detêm grande parte das riquezas e os muitos desfavorecidos. Por isso, com frequência a parcela da população mais desfavorecida econômica e socialmente acaba ingressando no mercado ilícito, girando a economia em torno do tráfico de drogas e armas de fogo.

Klliksberget et al., (2002)<sup>20</sup>, observou que na América Latina, três causas principais estão vinculadas a criminalidade: desemprego juvenil, educação e articulação familiar. Os autores observaram que a criminalidade afeta principalmente jovens, por isso a necessidade de oferecer emprego para esta faixa etária.

Os resultados do presente estudo concordam com as afirmativas do autor supracitado uma vez que a taxa de desemprego também se mostrou forte e significativamente associada às taxas de homicídio. O referido autor ainda aponta a educação como uma das principais causas da criminalidade, indo de encontro aos resultados deste estudo onde as variáveis da categoria educação não apresentaram nenhuma significância quando relacionada aos homicídios.

O contexto socioeconômico estadual aponta para avanços importantes, como a redução da desigualdade social e o aumento do número de domicílios com rede de abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo. Há que se destacar ainda que,

em 2010, a Bahia apresentou a menor taxa de analfabetismo em pessoas de 10 anos ou mais de idade, 15,4%, entre os Estados da região Nordeste, cuja taxa é de 17,6%<sup>16</sup>.

A partir desses dados torna-se possível suspeitar que a relação inversa observada entre diminuição da pobreza e aumento dos homicídios, pode expressar a força de um processo que propicia melhores condições de vida e está atrelado, predominantemente, a condições geradoras de violência<sup>13</sup>.

As relações inversas aqui encontradas também podem ser reflexo da metodologia adotada, uma vez que os pesquisadores mostram certa predileção pelo uso de técnicas de análise espacial que consideram a localização dos indicadores em nível de municípios, úteis para obter a correlação e os padrões espaciais entre os dados. Outro fator que provavelmente pode explicar a inversão das variáveis apresentadas é a limitação da análise a apenas 01 ano tendendo a comprometer a estabilidade dos dados. Isto porque determinadas localidades podem apresentar flutuações importantes quando se trata de dados secundários, não permitindo assim a visualização de uma tendência, o que poderia ser diminuído através da adoção de um estudo de série temporal.

A principal contribuição das pesquisas de vitimização não reside apenas na capacidade de estimar a quantidade de homicídios ocorridos, mas, sobretudo, levantar a discussão acerca da construção de políticas públicas de segurança. Ao mesmo tempo, as análises das taxas de homicídio sob a ótica de divisões regionais contribuem para previsibilidade dos fenômenos não só ao que se refere a quem será a vítima, mas também levam a compreensão das dimensões na orientação e planejamento de ações e distribuição de recursos de modo objetivo, em função das necessidades apontadas pelo diagnóstico.

## **CONCLUSÃO**

A partir dos resultados obtidos foi possível concluir que o perfil da mortalidade por homicídio na Bahia não se difere do restante do país quando se trata da vitimização de homens, jovens que apresentam certo grau de desfavorecimento socioeconômico quando comparado ao restante da sociedade.

Não obstante, a análise a nível agregado não pode ser reduzida a interpretações individuais, levando ao reconhecimento de que existem diferenciais entre as regionais de saúde que precisam ser consideradas no entendimento do cenário baiano da violência. Esta afirmação parte do princípio de que a ocorrência de mortes violentas nos espaços urbanos

vem sendo associada a alguns fatores existentes nesses ambientes, como concentração populacional elevada, desigualdades na distribuição de riquezas, iniquidade na saúde, impessoalidade das relações, alta competição entre os indivíduos e grupos sociais, fácil acesso a armas de fogo, violência policial, abuso de álcool, impunidade, tráfico de drogas, estresse social, baixa renda familiar e formação de quadrilhas.

As dinâmicas geradoras do processo de vitimização possuem especificidades entre as regionais de saúde com maior e menor grau de urbanização e devem ser levadas em consideração a fim de subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas regionalizadas de assistência às vítimas e de prevenção desses eventos.

É necessário que tais diferenças sejam investigadas com maior profundidade mediante o desenvolvimento de estudos que abordem o tema com maior poder de análise com vistas à produção de informações que possam fundamentar a elaboração e implementação de políticas que visem o enfrentamento da violência.

Neste sentido, torna-se salutar destacar que a qualidade dos dados sobre mortes violentas produzidos no Brasil é variável, havendo estados que produzem informações mais qualificadas que outros. A importante limitação quando se trata da incompletude dos dados e, muitas vezes, a inconsistência dos mesmos por conta das subnotificações deve ser levada em consideração. Uma vez que o SIM utiliza as declarações de óbito como fonte de dados, pode-se concluir que a informação sobre o uso de armas de fogo, por exemplo, pode ser subnotificada, e as taxas resultantes subestimadas. Por isso, é importante ter cautela na análise dos dados de mortalidade e na escolha por determinadas variáveis de exposição, já que estas também podem se apresentar inconsistentes.

De fato, estudos aprofundados da evolução das taxas de homicídio devem utilizar duas fontes: a Polícia Civil, cujos dados são baseados nos registros de ocorrências criminais e o Sistema de Saúde, com dados baseados nos certificados de óbitos. Assim, é recomendável, para análise das dinâmicas locais, averiguar as duas fontes.

A partir dos resultados aqui encontrados deve-se atentar também à lógica que gira em torno da seguinte reflexão: se o grupo mais propenso a ser tido como vítima dos homicídios é de homens, jovens, desempregados que muitas vezes estão à mercê da sociedade, logo esse grupo precisa ser rapidamente atingido por ações que venham a conter a sua ociosidade e o ímpeto de competitividade.

É importante ressaltar que se faz necessário a continuidade na implementação de medidas que venham frear, prevenir e alterar a dinâmica dos homicídios. A vigilância epidemiológica de violências e acidentes propõe-se a obter informações sobre o

comportamento desses agravos e subsidiar ações de enfrentamento dos determinantes e condicionantes das causas externas numa perspectiva intersetorial. Além disso, leis como o Código Penal, Estatuto do Desarmamento e Estatuto da Criança e Adolescente devem continuar avançando no sentido de diminuir a sensação de impunidade entre os grupos mais desfavorecidos.

## REFERENCIAIS

- 1-Lima MLC de. A trajetória dos homicídios no Estado de Pernambuco: uma abordagem epidemiológica nas duas últimas décadas do século XX. [Tese de Doutorado]. Recife (PE): FIOCRUZ; 2013.
- 2-Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2011: os jovens do Brasil. Ministério Da Justiça. Instituto Sangari. Brasília, DF, 2011. [acessado em 05 out. 2012]. Disponível em <http://www.sangari.com/mapadaviolencia/>.
- 3-Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Relatório Final do Seminário Sobre Saúde e Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências no Estado da Bahia. Salvador, 2007. [acessado em 28 ago. 2010]. Disponível em [www.saude.ba.gov.br](http://www.saude.ba.gov.br).
- 4- Araújo EM de. Mortalidade por Causas Externas e Raça/Cor da Pele: uma das expressões das desigualdades sociais. [Tese de Doutorado]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2017.
- 5- Gawryszewski VP; Costa LS. Homicídios e desigualdades sociais no Município de São Paulo. Rev. Saúde Pública, 2005, vol.39, n.2, pp. 191-197. [acessado em 11 set. 2012]. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n2/24041.pdf>.
- 6- Nóbrega Júnior JMP da. Os Homicídios no Brasil, no Nordeste e em Pernambuco: dinâmica, relações de causalidade e políticas públicas. [Tese de Doutorado]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2010.
- 7-Paim JS, Costa HOG, Vilasbôas ALQ. Política pública e controle da violência: um estudo de caso na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(3):485-494, mar, 2009.
- 8-Moura CL de A, Araújo EM de, Chaves JMC. Mortes por causas externas: Modelagem através de geotecnologia dos homicídios ocorridos no perímetro urbano da cidade Feira de Santana-Ba no período 24 de 2000-2005. In: XV Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto - SBSR,15, 2011, Curitiba-PR. INPE. p.8365-8372.

- 9- Fortunato MAB. Morbimortalidade por Causas Externas no Distrito Federal e Entorno, 2002-2007. [Dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília, 2009.
- 10- Souza ER, Minayo MCS, Franco LG. Avaliação do processo de implantação e implementação do Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2007; 16(1): 19-31.
- 11- Paim JS, Costa MCN, Mascarenhas JCS, Silva LMV. Distribuição espacial da violência: mortalidade por causas externas em Salvador (Bahia), Brasil. *Ver Panam Salud Publica* 1999;6:321-32.
- 12- Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT, Paez MS, Médici EV et al. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 1999;15:15-28.
- 13- Lima MLC de, Ximenes RA de A, Souza ER de B, Luna CF, Albuquerque M de FP M de. Análise espacial dos determinantes socioeconômicos dos homicídios no Estado de Pernambuco. *Rev Saúde Pública* 2005;39(2):176-82.
- 14- Lester D. Suicide, homicide and the quality of life in various countries. *Acta Psychiatr Scand* 1990;81:332-4.
- 15- Cano I, Santos N. Violência letal, renda e desigualdade social no Brasil. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2001.
- 16- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [acessado em 11 out. 2012]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba>.
- 17- Ramão FP, Wadi YM. Espaço urbano e criminalidade violenta: análise da distribuição espacial dos homicídios no município de Cascavel/PR. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, v. 18, n. 35, p. 207-230, fev. 2010.
- 18- Almeida TM, Moreau MS, Pires M de M, Fontes E de O, Góes LM. Reorganização Socioeconômica no Extremo Sul da Bahia. Decorrente da Introdução da Cultura do Eucalipto. *Sociedade & Natureza, Uberlândia*, v. 20, n. 2, p. 5-18, dez. 2008.
- 19- Silva BFA. Criminalidade urbana violenta: uma análise espaço-temporal dos homicídios em Belo Horizonte. [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2000.
- 20- Klliksberg B, Medeiros M, Oliveira FEB de, Benecke D, Araújo UC de. Políticas Sociais: Instrumentos de Justiça Social. In: *Cadernos da Fundação Luís Eduardo Magalhães*. Salvador/BA, 2002. [acessado em 11 out. 2012]. Disponível em <http://www.flem.org.br/paginas/cadernosflem/pdfs/CadernosFLEM2-VersaoCompleta.pdf>.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o exposto acima, vê-se que a violência constitui-se em um problema social, que tem apresentado crescimento contínuo durante décadas. No Brasil, as taxas tomam proporções elevadas, sendo a população a mais prejudicada, afinal, a violência atinge todos os níveis da sociedade.

A complexidade inerente ao tema retoma não só à sua dificuldade de conceituação e estabelecimento de determinantes de surgimento, mas também às raízes históricas de um Brasil que desde o seu período colonial recorria à violência e discriminação como forma de segregação entre as classes. Mesmo diante da gravidade da violência, recorre-se a ela nos dias atuais como forma de resolução de conflitos e, até mesmo, como forma de expressão social.

Os homicídios aparecem nesse cenário como a expressão mais cruel da violência, e por isso se constituem como objeto de estudo de várias áreas baseadas nas mais diversas teorias. Entretanto ainda existem entraves para o adequado entendimento dos fatores que geram os homicídios.

O que se sabe é que o desenvolvimento econômico é um fenômeno responsável por mudanças quantitativas e qualitativas do padrão de vida das pessoas, conseqüentemente pode possibilitar o surgimento de diferenciais nas relações de convivência interpessoal. Por outro lado, a melhora do padrão de vida não garante o controle das ações humanas, as quais sofrem inúmeras transformações pela introdução de diferentes tipos de disputas sejam elas de ordem econômica, política e/ou social.

Nesse ambiente de diferenciais de riquezas, surgem conflitos, muitas vezes pautados na necessidade de conquistar de maneira mais rápida aquilo que se almeja. A violência, em especial os homicídios, que certamente é a maior expressão de agressão, não é explicada por esta ordem, mas certamente a atitude criminosa é influenciada pelo desejo de realizar ações até então limitadas pela ordem social e/ou econômica.

Os resultados desse estudo revelaram francas semelhanças com os padrões de mortalidade encontrados no país e no mundo, principalmente no que diz respeito às características sócio-demográficas dos indivíduos vítimas de homicídio. Quanto ao

tipo de vítima mais acometido, não houve diferencial entre as Regionais de Saúde da Bahia, uma vez que se manteve o padrão que engloba vítimas jovens, do sexo masculino de pouca escolaridade e que se encontram em situação de desfavorecimento econômico.

Entretanto, no que concerne a magnitude do evento homicídio, foram observadas algumas diferenças entre as localidades estudadas que podem ter emergido dos diferentes contextos regionais de ocupação do espaço urbano, do nível de industrialização, social, educacional, de saúde, dentre outros. Neste sentido, as Regionais que maior impacto sofreram com os altos números de homicídio foram aquelas localizadas no Sul e Extremo Sul da Bahia, com exceção de Salvador que assumiu o terceiro lugar entre as 31 Regionais analisadas.

No Brasil, nos últimos anos, as elevações nas taxas de criminalidade, os elevados custos a elas associados e a crescente importância dada ao assunto pela mídia e em pesquisas de opinião, têm levado os governos e a sociedade civil a encarar o problema da criminalidade como um sério empecilho ao desenvolvimento econômico e social. Nesse sentido, um dos principais desafios do Estado brasileiro é o de formular e implementar políticas que permitam prevenir e reduzir a criminalidade e a violência. Para tanto, é de fundamental importância o desenvolvimento de pesquisas que permitam monitorar e melhorar o entendimento das tendências espaciais e temporais da criminalidade.

Contudo, o Brasil ainda concorre com relevantes enfrentamentos acerca da obtenção e qualidade dos dados sobre a mortalidade por homicídio, uma vez que existe precariedade na completude de dados fundamentais para a compreensão das mortes, bem como as diferentes dificuldades de permeiam o preenchimento das declarações de óbito pelos diversos setores e profissionais.

Não obstante, existem esforços governamentais na tentativa de melhorar a qualidade dessas informações. No Brasil, em 2006, foi implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), no intuito de conhecer o impacto das violências e acidentes e o perfil de morbimortalidade da população. Essas ações baseiam-se primordialmente na obtenção de informações sobre o comportamento

desses agravos e fomentação de ações de enfrentamento dos determinantes das causas externas.

Além da discussão aqui levantada sobre os determinantes e características da violência em cada regional de estudo, abordou-se também um ponto que tem sido destaque na mídia e em vários estudos que abordam a violência: o uso desenfreado de arma de fogo, principalmente pelos jovens.

Do mesmo jeito que é complexo definir e identificar os principais determinantes da violência para diferentes localidades é também peculiar destrinchar os prováveis motivos que induzem ao uso de armas de fogo e, conseqüentemente, a atitude criminosa. Entretanto, os resultados desta pesquisa apontam para uma relação bastante estreita entre o ímpeto de competição (disputa social e econômica) e a ociosidade (desemprego, pouca escolaridade) e motivados, de sobremaneira, pelo consumo de substância psicoativas como o álcool e as drogas.

Da mesma forma que existem esforços governamentais com o intuito de melhorar a qualidade das informações sobre mortalidade no Brasil, leis como o Estatuto do Desarmamento de 2003, no sentido de conter a distribuição e uso de armas de fogo no país. Entretanto, vê-se a necessidade não apenas de esforços únicos e inexoráveis de determinadas leis, mas sim a confluência de novos olhares que permeiam os direitos humanos, civis, a segurança pública entre outras.

Enfim, o problema aqui imposto está longe de ser esgotado e urge que novos estudos sejam realizados, a partir de diferentes enfoques metodológicos (interdisciplinares) e níveis de análise, a fim de agregar conhecimentos que se complementem para o melhor entendimento dos determinantes e dinâmicas dos homicídios nos diferentes territórios baianos, para que posteriormente seja possível obter a redução e prevenção das suas conseqüências.

## REFERÊNCIAS

NORONHA, C.V.; DALTRO, M.E. A Violência Masculina é Dirigida para Eva ou Maria?. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.7, n.2, abri/jun, p.215-231, 1991.

WASELFISZ, J.J. Mapa das mortes por violência. **Estudos Avançados**, [s.l], v. 21,n.61,p. 119-138, 2007.

WASELFISZ, J.J. Mapa da Violência 2010: Anatomia dos Homicídios no Brasil. **Instituto Sangari**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://www.sangari.com/mapadaviolencia/>. Acesso em: 12 de out. 2011.

BARATA, R.B.; RIBEIRO, M.C.S. de A.; SORDI, M. de. Desigualdades sociais e homicídios na cidade de São Paulo, 1998. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 11, n.1, p. 3-13, 2008.

NÓBREGA JÚNIOR, J.M.P. da. **Os Homicídios no Brasil**, no Nordeste e em Pernambuco: dinâmica, relações de causalidade e políticas públicas. Recife: UFPE, 2010. 270f. Tese (Doutor em Ciência Política) - Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

WASELFISZ, J.J. Mapa da Violência 2011: os jovens do Brasil. Ministério Da Justiça. **Instituto Sangari**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.sangari.com/mapadaviolencia/>. Acesso em: 12 de out. 2011.

ARAÚJO, E. M. de. **Mortalidade por Causas Externas e Raça/Cor da Pele**: uma das expressões das desigualdades sociais. Salvador: UFBA, 2007. 204f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

MELLO JORGE, M.H.P. Análise dos dados de mortalidade. **Rev Saúde Pública**, v.5, n. 25, 1997.

LIMA, M.L.C; XIMENES, R. Violência e morte: diferenciais da mortalidade no espaço urbano de Recife, 1991. **Cad Saúde Pública**, 1998.

MICHAUD, Y. **A violência**. São Paulo: Ática, 1989.

ZALUAR, A. Democratização incabada: fracasso da segurança pública. **Estudos Avançados da Universidade de São Paulo**. São Paulo: [s.n.], 2007. - v. 21, n.61,p.31-49,2007.

MINAYO, M.C.S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.125p.

MELGAÇO, L. de M. A. **Geografia do Atrito: dialética espacial e violência em Campinas – SP**. 2005. 128p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Departamento de Geografia, São Paulo.

MASSENA, R.M.R. Distribuição espacial da criminalidade violenta na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Geografia**. Rio de Janeiro, v. 48, n.3, p.285-330, jul./set. 1986.

IZUMINO, W.P.; NEME, C. Violência urbana e graves violações de direitos humanos. **Ciência e Cultura**, São Paulo, ano 54, n.1, p.47-49, jul/ago/set, 2002.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, IV(3): 513-531, nov. 1997-fev. 1998.

GAWRYSZEWSKI, V.P.; KAHN, T.; MELLO JORGE, M.H.P. de. Informações sobre homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2005, vol.39, n.4, pp. 627-633. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25536.pdf>. Acesso em: 20 de set. 2011.

BARATA, R.B.; RIBEIRO, M.C.S. de A. Relação entre homicídios e indicadores econômicos em São Paulo, Brasil, 1996. **Rev Panam Salud Publica** [online]. v.7, n.2, p. 118-124, 2000. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v7n2/1247.pdf> . Acesso em: 10 de ago. 2010.

PAIM, J. S.; COSTA, H.O.G.; VILASBÔAS, A.L.Q. Política pública e controle da violência: um estudo de caso na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(3) :485-494, mar, 2009.

BEATO FILHO C.C. Determinantes da criminalidade em Minas Gerais. **Rev Bras Cienc Soc**, 1998;13:74-87.

MOURA, Cláudio Luiz de Araújo; ARAÚJO, Edna Maria de; CHAVES, Joselina Maria Chaves. **Mortes por causas externas: Modelagem através de geotecnologia dos homicídios ocorridos no perímetro urbano da cidade Feira de Santana-Ba no período 24 de 2000-2005**. In: XV Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto - SBSR, 15, 2011, Curitiba-PR. INPE. p.8365-8372.

SOARES, Gláucio Ary Dillon. **Não matarás: Desenvolvimento, Desigualdade e Homicídio**. São Paulo: FGV, 2008.

CERQUEIRA D.; LOBÃO, W. Determinantes da Criminalidade: Arcabouços Teóricos e Resultados Empíricos. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, Vol. 47, no 2, 2004, pp. 233 a 269.

SILVA, B. F. A. **Coesão Social, Desordem Percebida e Vitimização em Belo Horizonte**. 2004. 80 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Filosófica e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

MINAYO, M.C. de S. Seis características das mortes violentas no Brasil. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 135-140, jan./jun. 2009.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Informações de saúde. Demográficas e socioeconômicas.** Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?igbe/cnv/popba.def>, acessado em 07 Out de 2012.

RAMOS, S.; LEMGRUBER, J. **Urban Violence, Public Safety Policies and Responses from Civil Society**. Social Watch Report, 2004. Montevideo: Instituto del Tercer Mundo, 2004.

AMORIM, C. **Assalto ao Poder: o crime organizado**. Rio de Janeiro: Record, 2010.

SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S.; FRANCO, L.G. Avaliação do processo de implantação e implementação do Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 2007; 16(1): 19-31.

ARAÚJO et al. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. **Rev Saúde Pública** 2009;43(3):405-12.

RAMÃO, F. P.; WADI, Y.M. Espaço urbano e criminalidade violenta: análise da distribuição espacial dos homicídios no município de Cascavel/PR. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 18, n. 35, p. 207-230, fev. 2010.

NÓBREGA JÚNIOR, J.M.P. da; ZAVERUCHA, J. Violência homicida no nordeste brasileiro: uma refutação às explicações baseadas na desigualdade e na pobreza. **Anuário Antropológico**/2009, 2010: 53-87. Disponível em: [http://www.proppi.uff.br/ineac/sites/default/files/03-anuarioantropologico\\_josenobregaejorgezaverucha-1.pdf](http://www.proppi.uff.br/ineac/sites/default/files/03-anuarioantropologico_josenobregaejorgezaverucha-1.pdf). Acesso em: 20 de set. 2011.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICIPIOS. **Homicídios por Armas de Fogo no Brasil**, Taxas e números de vítimas antes e depois da Lei do Desarmamento. Brasília, DF: [s.n.], 2010. 28 p.

SOARES, G. A. D.; MIRANDA, D. Gênero e trauma. **Soc. estado**. Brasília, v. 20, n. 1, Apr. 2005. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010269922005000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269922005000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 de outubro de 2012.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). **Relatório Final do Seminário Sobre Saúde e Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências no Estado da Bahia**. Salvador, 2007. Disponível em: <[www.saude.ba.gov.br](http://www.saude.ba.gov.br)>. Acesso em: 28 ago. 2010.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba>>. Acesso em 19, set. 2012.

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. Morbimortalidade por acidentes e violências na Bahia, 1996 a 2005. **Relatório Epidemiológico**. Salvador, 2007, 42 p.

ALMEIDA, et al. Reorganização Socioeconômica no Extremo Sul da Bahia Decorrente da Introdução da Cultura do Eucalipto. **Sociedade & Natureza**, Uberlândia, v. 20, n. 2, p. 5-18, dez. 2008.

BRASIL. **Ministério da Justiça**. Projeto Juventude e Prevenção da Violência-Primeiros Resultados, nov 2009. Disponível em: < <http://www.portal.mj.gov.br/services/> >. Acesso em: 28 ago. 2010.

NOIA BEZERRA, L.; da SILVA MELO, S.; SALES MELO, F. A evolução da violência homicida no nordeste brasileiro e no estado de Pernambuco: fatores socioeconômicos que mais se relacionam com as altas taxas de homicídios, em **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, Jul. 2012. Disponível em:<[www.eumed.net/rev/cccss/21/](http://www.eumed.net/rev/cccss/21/)>. Acesso em 19, set. 2012.

GAWRYSZEWSKI, V.P. et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(Sup): 1269-1278, 2007.

MASCARENHAS, M.D.M. et al. Atendimentos de Emergência por Acidentes na Rede de Vigilância de Violências e Acidentes: Brasil, 2006. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, Dec. 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232009000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000500007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 out 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

MALTA et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 2007; 16(1) : 45 – 55.

ACOSTA, F.; BARKER, G. Homens, violência de gênero e saúde sexual e reprodutiva: um estudo sobre homens no Rio de Janeiro/Brasil. Rio de Janeiro: **Instituto Pro mundo**; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Portaria GM/MS nº 737 de 16 de maio de 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

MEDRONHO et al. **Epidemiologia**. Atheneu. São Paulo, 2009, 2ª Edição.

BARCELLOS et al. Distribuição espacial da Leptospirose no Rio Grande do Sul, Brasil. Recuperando a ecologia dos estados ecológicos. **Cad de Saúde Pública** 19:1283 – 1292, 2003.